

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

Poruchy příjmu potravy – jídlo jako problém

Eating disorders – Food as a Problem

Vedoucí práce:

Mgr. Monika Nová

Autor:

Lucie Hušnerová

2014

Na tomto místě chci poděkovat vedoucí své bakalářské práce Mgr. Monice Nové za vstřícnost a odborné vedení při zpracování dané problematiky. Dále také děkuji Pavle a Monice za upřímné a otevřené zpovědi, které jsou esencí celé práce. Zároveň děkuji i své rodině, která mne po celou dobu podporovala.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem. Veškerá literatura i další zdroje, z nichž jsem při zpracování práce čerpala, jsou řádně uvedeny v seznamu použité literatury. Současně souhlasím, aby tato práce byla umístěna v Ústřední knihovně Univerzity Karlovy a dále používána ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

Anotace

Bakalářská práce „Poruchy příjmu potravy – jídlo jako problém“ je zaměřena na problematiku poruch příjmu potravy. Je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické.

Teoretická část je členěna do čtyř kapitol. První kapitola se věnuje úvodu do poruch příjmu potravy, uvádí diagnostická kritéria, také zmiňuje rizikovost ženského pohlaví v této souvislosti. Druhá kapitola popisuje spektrum příčin, které se uvádí v souvislosti s poruchami příjmu potravy. Třetí kapitola věnuje pozornost zdravotním důsledkům a psychickým ohrožením. Poslední kapitola uvádí možnosti léčby těchto poruch, včetně příkladů dvou center v České republice.

Praktická část popisuje kvalitativní výzkum, který byl proveden se dvěma ženami trpícími poruchami příjmu potravy. Jsou zde popsány případové studie, které jsou tvořeny formou hloubkového rozhovoru.

Cílem práce je pochopit hlediska nemocného člověka skrze nahlédnutí do nitra nemoci a také pomoci pochopit samotným nemocným, že nejsou sami, které tyto problémy potkaly. Poruchy příjmu potravy jsou léčitelné a velice záleží na odhodlání nemocného k léčbě.

Klíčová slova

Poruchy příjmu potravy, anorexie, bulimie, hladovění, přejídání, zvracení, diety

Annotation

This bachelor thesis "Eating disorders – Food as a Problem" is focused on the issue of eating disorders. It is divided in two parts, theoretical and practical.

The theoretical part is divided into four chapters. First chapter is focused on introduction into eating disorders, says their diagnostic criteria, it also talks about the risk of female gender in this area. The second chapter describes spectrum of causes which are brought into connection with eating disorders. The third chapter pays attention to health risks and mental threat. The last chapter talks about treatment options of these disorders, including two examples of treatment center in the Czech Republic.

The practical part describes a qualitative research which was carried out with two women suffering from eating disorders. There is described the case studies which were carried out using in-depth interview.

The goal of this thesis is to understand the point of view of the ill through taking a look into the core of the illness and also help to explain the ill that they are not alone in this problems. Eating disorders are treatable and own determination to be treated is very important here.

Key words

Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, starvation, overeating, throwing up, diets

OBSAH:

ÚVOD.....	9
-----------	---

I. TEORETICKÁ ČÁST

1	Poruchy příjmu potravy obecně	11
1.1	Touha po štíhlosti.....	13
1.2	Vymezení mentální anorexie	15
1.2.1	Chronická mentální anorexie	17
1.2.2	Fenomén Pro-ana webových stránek	17
1.3	Vymezení mentální bulimie.....	18
1.3.1	Kompenzace přejídání.....	21
1.4	Atypické poruchy příjmu potravy	23
1.5	Poruchy příjmu potravy v České republice	23
1.6	Kapitola pro učitele	24
2	Příčiny poruch příjmu potravy	25
2.1	Sociální a kulturní tlak	25
2.2	Rizikové povahové rysy	27
2.3	Životní události	27
2.4	Fyzické změny spojené s tělesným vývojem.....	28
2.5	Rodinné faktory	28
3	Důsledky a ohrožení.....	30
3.1	Zdravotní rizika mentální anorexie	30
3.2	Zdravotní rizika mentální bulimie.....	31
3.3	Společné důsledky v oblasti psychiky.....	32
4	Léčba poruch příjmu potravy.....	34

4.1	Hospitalizace, částečná hospitalizace, ambulantní péče	34
4.2	Terapie.....	35
4.3	Konkretizace léčby.....	36
4.3.1	Centrum pro poruchy příjmu potravy.....	38
4.3.2	Občanské sdružení Anabell	38

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5	Vlastní výzkum	39
5.1	Cíl výzkumu.....	39
5.2	Zkoumaný jedinec	40
5.3	Případová studie.....	41
5.3.1	Metoda sběru dat.....	42
5.4	Výzkumné teze.....	42
5.5	Podrobnosti výzkumu.....	43
5.6	Způsob vyhodnocení dat.....	44
5.7	Interpretace výsledků výzkumu	45
5.8	Diskuze s literaturou.....	60
ZÁVĚR.....		71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		74
RESUMÉ		76
SEZNAM PŘÍLOH		77

Seznam zkratek

BMI	Index tělesné hmotnosti (Body Mass Index)
DSM	Diagnostický a statistický manuál
EDNOS	Jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PPP	Poruchy příjmu potravy
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

Úvod

Ústředním tématem práce je problematika poruch příjmu potravy, která je v dnešní společnosti značnou potíží. Ačkoli si to mnoho lidí nepřipouští, jsou tyto poruchy velice rozšířené a jejich četnost spíše narůstá, nežli naopak. Zvolila jsem toto téma z několika důvodů. Prvním důvodem je má osobní zkušenost s člověkem nemocným mentální bulimií. Měla jsem tu možnost osobně se setkat s následky, které ovlivňují nejen samotného dotyčného, ale i celé jeho okolí. Sama jsem do té doby příliš o těchto poruchách nevěděla, a to i přesto, že poruchy příjmu potravy nejsou v dnešní době ničím neobvyklým. Druhým důvodem byla bagatelizace, se kterou jsem se v oblasti poruch příjmu potravy osobně setkala v kontrastu s tím, jak aktuální a závažné toto téma je. Uvědomila jsem si, že mnoho lidí o těchto nemocech stále nemá správné informace a to i přesto, že došlo k nárůstu informovanosti v této oblasti. Z toho důvodu jsem se rozhodla nastínit problematiku poruch příjmu potravy v oblasti teoretické i v oblasti praktické.

Cílem práce je nejprve stručně uvést čtenáře do teorie poruch příjmu potravy a následně je obohatit i o příběhy z praxe. Tyto příběhy se pokusí čtenáře zprostředkovaně uvést do samého nitra nemoci. Tento pohled může být pro mnoho lidí, kteří se osobně s PPP nesetkali, obohacující pro případnou budoucí zkušenost. Také může být nápomocný i těm, kteří se se stravovací poruchou sami potýkají. Pokusí se poskytnout pochopení, že nejsou sami, které tato nemoc postihla, a nemusí se za své problémy stydět.

Svou práci rozděluji na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se pokusím v logické posloupnosti nastínit teorii poruch příjmu potravy. První kapitola bude pojednávat úvodními slovy o problematice poruch příjmu potravy, ve které budou objasněna například diagnostická kritéria, podle kterých se tyto poruchy klasifikují. Následně se zmíním o ženském pohlaví, jakožto rizikovém faktoru pro rozvoj stravovacích poruch. Po tomto úvodu bude následovat vymezení mentální anorexie, zmínit chci také nebezpečné stádium této nemoci a to chronickou mentální anorexií. Také stručně nastíním fenomén Pro-ana webových stránek, které jsou hojně šířeny internetovým světem. Dále chci vymežit mentální bulimii a také věnovat pozornost metodám kompenzace přejídání, které se u bulimie praktikují. Ve stručnosti chci uvést atypické poruchy příjmu potravy, se kterými se lze také v praxi často setkat. Uvádím i statistiky platné pro Českou republiku. Následně budu pojednávat o kapitole týkající se učitelů, kteří si mohou všimnout příznaků u svých žáků ve školním prostředí. Příčinám poruch příjmu potravy budu zasvěcena druhá kapitola. Postupně se budu zabývat základními faktory, se kterými jsou stravovací poruchy nejčastěji uváděny do souvislostí. Popíši tlak společnosti, rizikové rysy osobnosti, dále stres plynoucí z životních událostí, fyzické faktory nebo také

rodinné faktory. Důsledky a ohrožení, které vyplývají z PPP, budou tvořit třetí kapitolu, ve které nastíním zdravotní rizika mentální anorexie a mentální bulimie a stejně tak psychické následky. Poslední kapitola teoretické části bude zasvěcena možnostem léčby, kde chci zmínit například hospitalizaci a ambulantní péči, dále také druhy terapie, či přímo konkrétní centra, která pomoc nabízejí.

V praktické části bude hrát hlavní roli kvalitativní výzkum. Tento výzkum si klade za cíl osvětlit společnosti, jak nemocný člověk poruchu příjmu potravy prožívá a v čem spočívá jeho obsese jídlem. Výzkum bude proveden formou hloubkového rozhovoru s nemocnou trpící mentální bulimií a nemocnou trpící mentální anorexií. Předložím případové studie, které poskytnou detailní studium případu. Kvalitativní výzkum budu vyhodnocovat pomocí metody otevřeného kódování dat. Následně vytvořené kódy přiřadím do kategorií dle jejich logické posloupnosti. Dané kategorie budu popisovat technikou "vyložení karet", kterou blíže vysvětlím v podkapitole 5.6 Způsob vyhodnocení výzkumu. Práce nemá sloužit pouze jako informační zdroj pro zdravé lidi, ale má poskytnout i dostatek informací těm, kteří sami poruchou trpí. Chci praktickou částí zprostředkovat unikátní data, která mají objasnit, jak jsou poruchy příjmu potravy zrádné, nebezpečné a jak mění nemocného člověka k nepoznání.

V práci využiji publikace od lékařů a odborníků, kteří mají o poruchách příjmu potravy široké spektrum informací a mohou nabídnout mnohaleté zkušenosti z praxe. Příkladem jmenuji MUDr. Hanu Papežovou nebo také PhDr. Františka Davida Krcha, kteří dosud působí v Praze a pomáhají nemocným s PPP.

Mezi odborníky jsou poruchy příjmu potravy známé a jejich závažnost je nezpochybnitelná. Přesto je možné se ve společnosti setkat se zásadní neznalostí v této oblasti. Je podceňována mortalita, která je s PPP spojena a často se opomíjí. Stále se upřednostňuje štíhlý ideál krásy, zatímco na tloušťku se nahlíží s despektem a mnohdy i opovržením. Mnoho lidí žije s informacemi, které jsou v rozporu se skutečností. Mezi tyto omyly lze zařadit názory, že poruchy příjmu potravy postihují pouze modelky. Lze se setkat s názorem, že poruchu stravování je možné dotyčnému rozumnými argumenty rozmluvit. Tyto poruchy jsou také mnohdy považovány za rozmar, kterého se člověk nechce vzdát. Zásadním problémem je, že je postrádána jistá dávka empatie vůči nemocnému. Je velmi obtížné se do něj vžít a uvědomit si závažnost jeho problémů. Vzhledem k tomu, že jídlo je biologickou potřebou člověka, je mnohdy nepochopitelné, proč pro některé lidi představuje tak závažný problém. To vše se pokusí tato práce osvětlit.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Poruchy příjmu potravy obecně

Označení "poruchy příjmu potravy" je hojně používané v České republice. Přesný termín zní "poruchy jídla", který je doslovným překladem anglického spojení "eating disorders".

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), jak uvádí Krch (2005), shodně s Diagnostickým a statistickým manuálem (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace uvádějí pod označením poruchy příjmu potravy (PPP) dva vymezené syndromy: mentální anorexii (MA) a mentální bulimii (MB). Tyto poruchy postihují velký počet pacientů různého věku i pohlaví. Jde o nemoci posledního půlstoletí, někteří autoři zařazují MA a MB mezi civilizační choroby, jak dodává Koutek (2011).

Případ od případu se od sebe může lišit diagnostickými kritérii, a proto věnují obě diagnostické příručky, jak dále vysvětluje Krch (2005), pozornost i atypickým, parciálním a jinak nespecifikovaným poruchám příjmu potravy, viz kapitola 1.4 Atypické poruchy příjmu potravy.

Potřeba přijímat potravu patří mezi základní lidské biologické potřeby. Poruchy příjmu potravy, jak uvádí Vágnerová (2004), jsou spojeny s poruchami postoje k jídlu a z toho vyplývající odchylkou v chování nemocného jedince. Tato onemocnění doprovází porucha postoje k vlastnímu tělu. Základní biologická potřeba jíst se rázem stává problematickou. Je potlačen pud sebezáchovy, kdy člověk musí jíst přinejmenším proto, aby se udržel naživu.

Pochopit poruchy příjmu potravy pro člověka s normální chutí k jídlu může být velmi složité. Člověk, trpící těmito poruchami, má zásadní problém normálně jíst. Nabízí se zde otázka, co je, "normální chuť k jídlu" a co "normálně jíst" znamená.

„Znamená to, být schopen jíst, když mám hlad a to až do sytosti. Být schopen vybrat si jídlo, které mám rád, a do sytosti se ho najíst, ne proto, že si myslím, že bych měl. Znamená to být schopen se trochu omezit ve výběru jídla, počkat si na to "pravé jídlo", ale neomezovat se příliš dlouho. Normální jídlo je dovolit si někdy jíst, protože jsem šťastný, někdy smutný, někdy unuděný nebo protože se cítím dobře. Někdy se najíst dost a chtít i víc. Znamená to věřit vlastnímu tělu, že jídlo zvládne. Věnovat jídlu pouze určitý omezený čas a pozornost" (Papežová, 2003, s. 14-15). Tyto body jsou pro nemocného člověka nemyslitelné.

Současná kultura je zaměřená na štíhlost. Ve sdělovacích prostředcích často slyšíme, že nižší váha je prospěšná zdraví. Papežová (2003) upozorňuje, že tyto informace jsou značně

zavádějící. V současné době je ideál krásy štíhlý natolik, že ho lze jen s obtížemi dosáhnout, aniž bychom zapomínali na potřeby zdravého organismu. Tyto postoje přispívají ke vzniku poruch příjmu potravy, jak Papežová (2003) dále popisuje. „*S tělesnou atraktivitou bývá spojována úspěšnost v sociálních vztazích, v profesi apod. Osobní problémy či neúspěšnost mnohdy ani na vzhledu nezávisí, přesto je mnohá dívka přesvědčena, že by byla úspěšnější, jen kdyby byla štíhlejší. Protože postava člověka, resp. její hmotnost, souvisí s výživou, mohou se původně zcela jiné problémy projevit změnou vztahu k jídlu, případně až poruchou příjmu potravy*” (Vágnerová, 2004, s. 121).

„*Regulací příjmu potravy je možné dosáhnout štíhlosti a měnit proporce svého těla. Člověk je schopen své tělo ničit (ať už esteticky, nebo biologicky) nadměrným nebo nedostatečným příjmem potravy. Ovládání hladu je jedním z prostředků sebepotvrzení, může sloužit jako zdroj sebeúcty, takový člověk dává najevo, že není otrokem pudu a jeho vůle je silnější než tělesné potřeby*” (Vágnerová, 2007, s. 180). Štíhlost se považuje za výsledek precizní sebekontroly. Způsob, kterým jí bylo dosaženo, bývá opomenut.

Pro poruchy příjmu potravy je typické sledování tělesné hmotnosti. Často se k posouzení hmotnosti využívá index, který nazýváme Body Mass Index (BMI). Krch (2000) uvádí jednoduchý vzoreček: $BMI = \text{tělesná váha (v kg)} / \text{výškou (v metrech)}^2$ na druhou. Tento vzoreček je nejrychlejší cestou k posouzení tělesné hmotnosti. Nedá se považovat za zcela objektivní, protože nerozlišuje hmotnost svalové hmoty od hmotnosti tukové. Například sportovci, kteří mají vyšší tělesnou hmotnost, mohou díky tomuto vzorečku spadat do kategorie obézních, ačkoli tomu tak není. Jejich váha je tvořena z velké části svalovou hmotou, která výsledná čísla zkresluje. Význam BMI tedy spočívá v orientačním¹ měření případné obezity nebo podváhy, upozorňují Cassuto a Guillou (2008).

Normální hodnoty BMI například Krch (2000) definuje v rozmezí hodnot 19 – 25. Podváha je typická pro BMI pod 18,5. O obezitě lze hovořit u hodnot přesahujících BMI 30. „*Vážnější zdravotní rizika představuje až BMI nad 30, což je spojeno s nadměrnými tukovými zásobami*” (Krch, 2000, s. 62). Obezita je nebezpečná, stejně jako vyhublost. Jsou to dva extrémní protipóly, které s sebou nesou zdravotní komplikace. Obecně se lékaři přiklání, jak Fialová (2006) dodává, ke způsobu života, který není poznamenán neustálými dietami. V takovém případě může i stabilní mírná nadváha být ku prospěchu. Tělo je oprostěno od stresu z diet a takový člověk má obecně zdravější názor na svoje tělo. Nenutí se ke zvracení ani nemá nutkání hladovět.

¹ Viz Příloha č. 1, Tabulka č. 3 Orientační rozmezí ideální tělesné hmotnosti pro ženy starší 20 let

Poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné i vzhledem k tomu, že jsou často laicky považovány pouze za módní výstřelek dotyčného. Často nepovažují tyto poruchy za choroby, ale za hloupost člověka, který se nechová rozumně. Vágnerová (2004) tento postoj označuje jako bagatelizaci potíží. Bývá zde uplatňován mylný dojem, že tyto přehnané snahy zhubnout, lze rozmluvit pouhou argumentací. Zvláště v rodině je toto velmi častým jevem. Příbuzní, jak Vágnerová (2004) uvádí, jsou vyvedeni ze svého omylu, když si uvědomí, že jejich argumenty mají nulový efekt. Vztah vůči nemocnému člověku bývá ambivalentní. Na jedné straně je snaha dotyčného pomoci, na straně druhé zlost, protože si nemocný vědomě ubližuje. Tento postoj je zcela běžný. Člověk nemocný poruchou příjmu potravy se chová pro své okolí nepochopitelně, je imunní vůči jejich argumentům, odmítá své chování měnit. Leibold (1995) dodává, že v této oblasti je nutná vysoká dávka tolerance. Dotyčný člověk je nemocný, nejde pouze o rozmar, který je možné rozmluvit. Je postižen psychickou poruchou, u které je apelace na zdravý rozum často neúčinná a vede k rozbrojům.

1.1 Touha po štíhlosti

V pozadí vzniku těchto poruch, stojí velkým dílem naše kultura, která zdůrazňuje štíhlost. Tento tlak poruchy stravování udržuje a "vyživuje". Do jaké míry je důraz na nereálnou štíhlost odpovědný za současný nárůst poruch příjmu potravy, vědci stále zkoumají, uvádí Papežová (2003). Nelze zmínit pouze jeden konkrétní článek, který je příčinou těchto chorob. Je to celý souhrn okolností. Může se zde projevit vliv biologických, psychických a sociálních faktorů, které nemoc spustí, píše Vágnerová (2004). Zpravidla jde o reakci na zátěžové vlivy, které nemusí být specifické, ale může se s nimi setkat mnoho dalších lidí, u kterých se porucha příjmu potravy nevyvine. Příčinami, které spouští mentální anorexii, mentální bulimii a atypické poruchy, se budu zabývat v příštích stránkách své práce, viz kapitola 2 Příčiny poruch příjmu potravy.

Poruchy příjmu potravy postihují zejména dívky a ženy, jak uvádí Koutek (2011), který uvádí poměr mezi chlapci a dívkami 1:10.

Z toho důvodu se v odborné literatuře záměrně hovoří o nemocných v ženském rodě².

Při sledování maniakálně narušeného postoje k jídlu, jak uvádí Leibold (1995), se ukázalo, že zhruba 90 procent postižených tvoří ženy, přednostně věková skupina mezi 15 a 55 lety. Muži se o svou tělesnou hmotnost starají většinou méně, ale i mezi muži se najde procento

² Hovoření o nemocných v ženském rodě je například u Hany Papežové v knize *Anorexia nervosa* (2000), u Františka Krcha v knize *Mentální anorexie* (2002), také u Petera Coopera v knize *Mentální bulimie* (1995) atd.

nemocných. Typickým vysvětlením, proč tomu tak je, bývá u mužů nižší zaujetí vlastním vzhledem. Ženy, podle Leibolda (1995), jsou pod silnějším tlakem, aby obzvlášť dbaly na svůj vzhled. Tento fakt nedokázala odbourat ani emancipace.

Krch (2000) uvádí, že jedním z rizikových faktorů pro rozvoj poruchy stravování je ženské pohlaví. Riziko vzniku poruchy příjmu potravy je u žen desetkrát vyšší než u mužů.

Od žen se očekává péče o svůj zevnějšek, zatímco u mužů se pozornost orientuje více na pracovní úspěchy případně manuální schopnosti. „*Poměrně vzácný výskyt anorexie a bulimie u mužů vedl některé autory k předpokladu, že tito muži mají sklon k homosexualitě nebo že mají jinak narušený sexuální život*” (Krch, 2000, s. 38). Existují knihy o postavení žen v současné společnosti a poruchách příjmu potravy, jak Papežová (2003) zmiňuje. Stačí nahlédnout do ženských časopisů a poté prolistovat časopisy pro muže. Bývá pravidlem, že ve většině ženských časopisů je alespoň zmínka o nových postupech jak zhubnout, jakou dietu odzkoušet, apod. U mužských časopisů jsou zmínky o dietách velmi ojedinělé. „*Vědci v roce 2003 prokázali, že u dospívajících je čtení článků o dietách a kontrole váhy spojeno s častějšími problémy s jídlem a psychickým stresem. Ukázalo se, že dívky, které čtou takové časopisy, mají 6 krát vyšší riziko, že se u nich vyvine problém s jídlem, než ostatní. U chlapců, kteří četli tyto časopisy, se riziko zvýšilo 4 krát*” (Papežová, 2003, s. 34). Problémem je, že dospívající dívky mnohdy neví, jaká by měla být jejich normální tělesná hmotnost. Zdravý životní styl často zaměňují za některou z módních redukčních diet, upozorňuje Marádová (2007). Velmi často si pacientky s anorexií mohou své jídelní návyky racionalizovat snahou o zdravou výživu.

Faktem je, že ženy řeší svou váhu a svou postavu. Fialová (2006) upozorňuje na zajímavý jev, že ženy posuzují druhé realisticky, ale své vlastní tělo vnímají zkresleně. Toto subjektivní vnímání se projevuje v četných snahách snižovat svou hmotnost. Proto se uchylují k různým dietám, které mohou vyústit v poruchu příjmu potravy. Krch (2002) připomíná, že většina studií zatím prokázala, že redukční diety zvyšují riziko vzniku mentální anorexie a bulimie. Dále upozorňuje, že zhruba u třetiny patologických dietárek dojde později k rozvoji příznaků poruchy příjmu potravy. Je důležité si uvědomit, že na počátku stravovacích poruch je v naprosté většině redukční dieta. Tento fakt bývá pravidlem více u žen než mužů. U mužů postižených PPP je často na vině přílišné cvičení, které se dotyčnému vymkne z rukou.

Často si lidé neuvědomují, že diety, které jsou mediálně propagovány, mohou být zdraví nebezpečné a trvale poškodit lidský organismus. Některé redukční diety mohou ohrozit zdraví daleko více než mírná nadváha, varuje Papežová (2003) a dále dodává, že dietní průmysl je nyní velmi prosperující a lze ho prosperitou přirovnat k tabákovému průmyslu.

V následující části své práce se pokusím stručně nastínit základní poruchy příjmu potravy, mentální anorexii a mentální bulimii. Záměrně představuji tyto dvě choroby pod pojmem "základní", protože spektrum chorob, které se dají zahrnout do poruch příjmu potravy, je rozšířené.

Mentální anorexie a mentální bulimie jdou vzájemně ruku v ruce. Obě poruchy jsou typické nadměrným strachem z tloušťky, jak upozorňuje Krch (2005). Objevuje se u nich nadměrná pozornost vůči vlastnímu vzhledu, neustálá pozornost ke své aktuální váze a v neposlední řadě zaujetí snědeným jídlem i jídlem samotným. „*U obou poruch se vyskytuje společná psychopatologie, jako jsou nízké sebevědomí, sociální problémy nebo somatické obtíže závislé především na způsobu kontroly tělesné hmotnosti*“ (Krch, 2005, s. 16).

Rozdíl mezi anorexií a bulimií je často neostrý, nejasný. Papežová (2003) uvádí, že obě formy onemocnění mohou přecházet jedna v druhou. Někdy pacient onemocní anorexií, která se později přemění v bulimii a naopak. Je možné setkat se s označením "bulimarexie", které označuje tento přechod. Zhruba 50% patientek s MA přechází do MB, zmiňuje Koutek (2011). Patientky s bulimií často uvádějí zkušenosti s anorektickými epizodami.

Papežová (2003) upozorňuje, že smíšené projevy anorexie a bulimie násobí zdravotní problémy s nimi související.

1.2 Vymezení mentální anorexie

Mentální anorexie³ je velmi závažná a nebezpečná nemoc, která spadá pod poruchy příjmu potravy. Nejčastěji začíná ve věku 13 až 20 let, jak uvádí Krch (2005).

Existují diagnostická kritéria, podle kterých je možné nemoc rozpoznat. Spektrum příznaků se případ od případu může lišit, proto tato kritéria nemusí vykazovat všichni nemocní.

Krch (2002) uvádí základní tři diagnostická kritéria:

- 1) Aktivní snaha udržovat nízkou tělesnou hmotnost. BMI nižší než 17,5.
- 2) Neustálý strach z tloušťky, mnohdy i v případě nízké váhy až podváhy.
- 3) Vynechání nebo úplné vymizení menstruace u žen.

Hlavním rysem je výrazná štíhlost až vyhublost a urputné odmítání potravy. Počátek nemoci bývá spojen s držením redukční diety. Postižená dívka, jak rozvádí Koutek (2011), se rozhodne hubnout. Výchozí hmotnost může být trochu vyšší, ale časté jsou i případy, kdy je hmotnost zcela v normě. Nevhodný výrok okolí je častým spouštěcím mechanismem, který dívky vede k

³ Nazývána také jako anorexia nervosa.

rozhodnutí snížit svou váhu. Počátky diet bývají obdobné. Dívka si umenšuje porce, vyřazuje z jídelníčku sladké a tučné potraviny. Dieta se postupně stává více drastickou, pacientka jí méně a méně⁴. Postupně se dostává do fáze, kdy téměř nejí.

Termín anorexie⁵, jak definuje Krch (2002), může být v mnoha případech zavádějící, protože nechutenství je spíše až důsledkem hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. Naopak u některých pacientů je odmítání jídla provázeno zvýšeným zájmem o jídlo. Tito pacienti rádi s jídlem pracují, vytváří recepty, vaří, apod. Nepřiměřené hladovění, jak uvádí Vágnerová (2008), může u některých jedinců vyvolat tak silnou potřebu jídla, že se neovládou a přejedí se.

Typické příznaky této nemoci spočívají v urputném odmítání potravy za účelem snižování své hmotnosti, „*Anorektičky neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst*“ (Krch, 2002, s. 23). Někteří nemocní si pocit hladu nepřipouští. Omezování potravy a tím snižování tělesné hmotnosti, chápe nemocný jako úkol, který musí splnit. Tento cíl se stává prvořadým a vše mu podřizuje. Nemocný se stává závislý. Nejde o nechutenství, potvrzuje také Vágnerová (2004), cílem je potlačit pocit hladu, zvládnout jej a tím si potvrdit vlastní sílu. Pro nemocné je nárůst váhy děsivou představou. Na rozdíl od lidí držících hladovku pro ně není možné vrátit se po dosažení cíle k přijímání potravy⁶, vysvětluje Papežová (2000).

Existují různé typy anorexie. Klasická forma anorexie byla popisována i v minulých stoletích. Nyní se můžeme setkat s různorodějšími projevy této nemoci.

Krch (2005) jmenuje:

- nebulimický (restriktivní) typ – během průběhu mentální anorexie u pacienta nedochází k záchvatům přejídání, které se vyskytují u MB
- bulimický (purgativní) typ - během průběhu mentální anorexie u pacienta dochází k záchvatům přejídání, které se vyskytují u MB. Tyto záchvaty se opakují.

Tělesná hmotnost vzrůstá s věkem a to nejvíce v průběhu dospívání, proto jsou dívky v tomto období náchylné k rozvoji poruch stravování. „*Problematický je strach z tloušťky, který může být popírán*“ (Krch, 2002, s. 23). Strach z tloušťky doprovází zkreslené vidění vlastního těla. Dívky se neustále prohlíží a zkoumají, nadhodnocují své proporce, uvádí Krch (2002). Pro pacientky s MA je typická porucha tělového schématu. Jsou přesvědčené o své nadváze a pokračují v hubnutí, přestože jsou na kost vyhublé. Svou abnormální štíhlost nevidí.

⁴ Viz Příloha č. 2, Tabulka č. 4 Vzorce chování typické pro MA a MB

⁵ Z řeckého slova an (zbavení, nedostatek) a orexis (chuť)

⁶ Viz Příloha č. 1, Tabulka č. 2 Test jídelních problémů

Snahy o snížení váhy jsou rozmanité. „*Asi polovina nemocných se věnuje intenzivnímu cvičení a omezování příjmu potravy. Ostatní zvrací, užívají odvodňující a projímavé prostředky a různé dietní přípravky*” (Papežová, 2000, s. 11). Dívky často trápí své tělo úmorným cvičením, aby co nejrychleji zhubly. Cvičení je samo o sobě tělu prospěšné a udržuje člověka v kondici. Ovšem je třeba držet se zdravé míry a s cvičením to nepřehánět. Jinak jsou tyto způsoby udržování nízké tělesné hmotnosti škodlivé a mají fatální dopady na zdraví. Tělo je oslabené z nedostatku příjmu potravy a nadměrný pohyb tuto slabost posiluje. „*I při velmi nízké váze je těžké překonat puzení k aktivitě*” (Papežová, 2000, s. 33). Z důsledku nedostatku potravy dívky kolabují, mohou si poranit kůži, často dochází i ke zlomeninám. Mimo zmiňované cvičení je zde i častým jevem zvracení a užívání laxativ.

Zvracení a projímavé prostředky lidský organismus poškozují, viz kapitola 1.3.1 Kompenzace přejídání.

1.2.1 Chronická mentální anorexie

Chronickou mentální anorexií se rozumí stádium, které postihuje zhruba třetinu pacientů s MA, jak Leibold (1995) vysvětluje. Nemocní stále zarputile odmítají nárůst hmotnosti, ale jsou schopni akceptovat tělesnou hmotnost, která neohrožuje přímo jejich život. Tato hmotnost bývá přesto velmi nízká, ale nevede k vyhubnutí. Jedná se stále o formu nemoci, pouze zde nemocní přistoupí na jakýsi kompromis. Tento kompromis nemocní volí, aby se vyhnuli léčení nebo smrti. Stále jsou však ohroženi zdravotními komplikacemi, které pramení z odmítání potravy a nízké hmotnosti. Je zde také vysoké riziko opětovné snahy hubnout.

1.2.2 Fenomén Pro-ana webových stránek

Zde chci stručně uvést základní informace o tzv. Pro-ana stránkách, které je možné nalézt na internetu nejen ve světě, ale i v České republice.

„*Pro-ana stránky zahrnují obsah, který může podporovat chování charakteristické pro poruchy příjmu potravy. Blogy a fóra jsou nejběžnějšími stránkami, kde následovníci Pro-ana hnutí sdílí informace, rady, jakož i hubnoucí úspěchy a selhání*”⁷ (překlad vlastní).

Na stránkách jsou zobrazeny materiály, které podporují mentální anorexiu nebo poruchy příjmu potravy obecně. Jsou tvořeny lidmi, kteří sami těmito poruchami stravování trpí.

⁷„Pro-ana websites include lots of content which can promote behaviors characteristic of eating disorders. Blogs and forums are the most common websites, where followers of the pro-ana movement share information, advice, as well as weight loss successes and failures” (Gwizdek A., Gwizdek K., Koszowska., 2012, s. 158)

„*Mohou podporovat víru, že Pro-ana je atraktivní způsob života*“⁸ (překlad vlastní). Materiálů propagujících poruchy příjmu potravy je několik. Nejčastěji jsou to fotografie modelek, celebrit i neznámých dívek, které jsou velmi štíhlé až vyhublé. Tyto fotky jsou označovány za tzv. Thinspiration⁹. Dívky motivují k hubnutí a utvrzují v anorexii. „*Thinspiration nejsou pouze obrázky, ale také písně obsahující Pro-ana ideologii, jakož i videa s hubenými ženami*“¹⁰ (překlad vlastní). Tyto stránky fungují ve smyslu blogových zápisů, deníčků, kam si autoři zapisují své hubnoucí metody, diety, tipy a triky, které se jim osvědčily. „*Ženy probírají své zápolení s posedlostí jídlem, dietami, záchvatovým přejídáním, očištěním, vážením, cvičením a počítáním kalorií, mezi sebou*“¹¹ (překlad vlastní). Výpovědi tohoto typu jsou otevřené, autentické a upřímné. Vzájemně své příspěvky mohou komentovat, vyjádřit své názory. „*Takové typy údajů jsou na 69% stránek*“¹² (překlad vlastní). Některé stránky mohou obsahovat i varování, které předem oznamuje podporování mentální anorexie nebo obecně poruch příjmu potravy. „*Ti, kteří nemají poruchu příjmu potravy, nejsou na stránkách vítáni*“¹³ (překlad vlastní). Chtějí, aby blogy navštěvovaly výhradně dívky se zkušeností s poruchami stravování. Podobné blogy je možné nalézt v hojném množství po celém internetovém světě.

1.3 Vymezení mentální bulimie

Mentální bulimie¹⁴ se vyznačuje, jak píše Cooper (1995), záchvatovitým přejídáním, které je provázeno pocitem viny a potřebou se snědeného jídla následně zbavit. Nemocní se často ve své snaze zvrátit následky záchvatovitého přejídání, uchylují ke zvracení. Dalším rysem je nadměrný zájem o tělesnou hmotnost a jídlo.

Mentální bulimie se u nemocných objevuje většinou v pozdějším věku, než mentální anorexie. Krch (2005) uvádí výskyt nejčastěji ve věku mezi 16 až 25 lety. Tato porucha bývá častější než

⁸ „They may confirm belief that pro-ana is an attractive way of life“ (Gwizdek A., Gwizdek K., Koszowska, 2012, s. 158)

⁹ Odvozeno od anglického slova Thin (hubený, vyzáblý) a inspiration (inspirace)

¹⁰ „Thinspiration is not only pictures, but also songs with content compatible with the pro-ana ideology, as well as videos of slim women“ (Gwizdek A., Gwizdek K., Koszowska, 2012, s. 159)

¹¹ „Women discuss their struggles, which include obsessions with food, dieting, bingeing, purging, weighing, exercising, and counting calories, among others“ (Whitehead, 2010, s. 596)

¹² „Such types of data are published on 69% of the pages“ (Gwizdek A., Gwizdek K., Koszowska, 2012, s. 160)

¹³ „Those who do not have eating disorders are not welcome on the site“ (Whitehead, 2010, s. 603)

¹⁴ Nazývána také jako bulimia nervosa.

anorexie. Její nebezpečí spočívá i v tom, že na rozdíl od mentální anorexie, není tolik na pohled parná. Dívky většinou nebývají vyhublé, jako u MA. Okolí nemusí nic zaznamenat.

Vágnerová (2004) uvádí základní diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10 a DSM-IV:

- 1) Opakované záchvaty přejídání, které pacient není schopen ovládat, a jí i přesto, že už nepocítuje hlad.
- 2) Neustálý strach z tloušťky a nepřiměřené hodnocení vlastního těla spojené s přeceňováním jeho hmotnosti či proporcí.
- 3) Po záchvatech "žravosti" následuje nutková potřeba se potravy zbavit jakýmkoli způsobem a co nejrychleji.

Záchvatovité přejídání je chápáno jako jídelní epizoda, během které je snědno obrovské množství jídla. Toto jídlo je doprovázeno subjektivním pocitem ztráty kontroly. „*První kroky přejídání mohou být příjemné, chuť a složení stravy velmi příjemné, ale tento pocit je brzy vystřídán pocitem znechucení, studu a dysforie*“ (Papežová, 2003, s. 18).

Termín "záchvatovité" je použit na základě silné touhy po jídle, která nemocné zcela přemáhá. Je možné setkat se i s termínem "nutkavé" přejídání, vysvětluje Cooper (1995).

Přejedení se je velmi relativní pojem. Každý se někdy přejedl. Krch (2000) uvádí několik charakteristik přejedení se:

- 1) Sníte víc, než byste chtěli;
- 2) Sníte víc nebo něco jiného, než jste zvyklí;
- 3) Sníte velké množství jídla, než je obvyklé;
- 4) Ztrácíte během jídla kontrolu nad svým chováním.

První dva způsoby, jak uvádí Krch (2000), jsou součástí normálního života a zažilo je mnoho lidí.

Oproti tomu z pohledu bulimiček je přejedení záchvat, který nejsou schopny ovládnout a jsou z toho zoufalé. Tyto pocity z přejedení už běžné nejsou a jsou typickým příznakem mentální bulimie.

Ženy s bulimií se často snaží omezit příjem potravy, ale čím déle se v jídle omezují, tím sílí jejich chutě. Téměř polovina bulimiček, jak uvádí Cooper (1995), má před propuknutím maniakálního postoje k jídlu určitou nadváhu, která znamená větší náchylnost k vzniku bulimie. A protože nemocné bulimií mají tendenci vážit o trochu více, často se uchylují k redukční dietě. Omezování potravy je vysiluje, načež následuje ztráta kontroly nad jídlem a přejedení. V běžném životě není možné zcela se vyhnout přejedení, jak vysvětluje Krch (2002), ale co běžné není, jsou dobrovolné hladovky a navozené zvracení.

Jde o neodolatelnou touhu po jídle, píše také Vágnerová (2004), které má za následek záchvaty přejídání. Dívky nemocné poruchou příjmu potravy mají chorobný strach z nárůstu hmotnosti, proto se snaží sněženého jídla zbavit. Volí často násilný, nefyziologický způsob, uvádí Vágnerová (2004), jako je zvracení nebo užití projímadel a dalších prostředků.

Během epizody přejídání lidé jedí mnohem rychleji. Ženy s bulimií jedí 2 krát rychleji než normální ženy (81,5 kalorií za minutu oproti 38,4 kaloriím za minutu), uvádí Papežová (2003). Záchvatovité přejídání vnímají nemocní jako ostudné, nechutné a degradující. Většina se snaží přejídání zatajit a často se jim to daří. „*K přejídání dochází v ústraní a okolí je často záměrně udržováno v nevědomosti. Zachování tajemství může vyžadovat velkou dávku lstivosti a podvádění. K přejídání dochází často tam, kde se jídlo nachází. Někteří se přejídání i při nákupu potravin, cestou mezi obchody*” (Cooper, 1995, s. 21).

Touha po jídle je intenzivní, někteří nemocní jsou schopni ukrást jídlo ostatním nebo jíst vyhozené odpadky, upozorňuje Papežová (2003). Jejich okolí o těchto praktikách většinou neví. Pacientky se za své chování stydí a přiznání se blízkým je pro ně nemyslitelné.

Množství snědeného jídla je různé, některé bulimičky popisují, že snědly 20 000 kalorií i víc, tento případ není typický. Cooper (1995) objasňuje, že během jedné epizody se obsah snědeného jídla obvykle pohybuje mezi 1500 a 3000 kaloriemi¹⁵. Takových záchvatů může být během dne i několik. Financování těchto jídelních návyků je velmi náročné. Záchvatovité přejídání, jak uvádí Cooper (1995), může u některých lidí vést i k zadlužení.

Krch (2000) uvádí, že frekvence bulimických záchvatů je individuální. Jsou dívky, které zvracejí i desetkrát denně.

Některé nemocné bulimičky vnímají jako přejedení každé jídlo, které začnou jíst a které nepovažují za dietní. Ze strachu z nárůstu hmotnosti toto jídlo vyzvrátí nebo požijí laxativa. Jiné dívky trpící bulimií, jak dále Krch (2000) zmiňuje, se přejídají občas nebo v určitou denní dobu. Může se z toho stát i rituál. Výjimkou nejsou nákupy jídla, které se snaží utajit a tyto pořízené potraviny konzumují potají. Nemocné bulimií nejčastěji ráno a v poledne hladoví, aby zůstaly štíhlé. Nebezpečným stádiem dne je večer, kdy bývají vyhladovělé a z nedostatku jídla unavené. Důsledkem toho selhávají jejich snahy o kontrolu a ony se přejedí, uvádí Krch (2000)¹⁶.

Mentální bulimie je poruchou osamělých lidí, kteří se izolují vůči ostatním. Důvodem jsou tajnosti, které doprovází záchvatovité přejídání a zvracení. Někteří tento styl života

¹⁵ Doporučený příjem potravy u zdravých žen je 2000 – 2500 kcal / den

¹⁶ Viz Příloha č. 1, Tabulka č. 1 Trpím bulimií já?

praktikují i dlouhá léta, aniž by okolí cokoli zaregistrovalo. Vynakládají veliké úsilí, aby nikdo nezpozoroval příznaky onemocnění. Převážná část jejich existence se odehrává v ústraní, to způsobuje izolovanost. Nemoc provází i "černobílé" myšlení. Hall a Cohn (2003) vysvětlují, že toto myšlení se projevuje v první řadě ke vztahu k jídlu a tělu. Jídlo je jenom špatné, tělo jenom tlusté apod. Patří sem i zveličování problémů, dramatické myšlení, negativní postoj k životu a egocentrické myšlení, to vše jejich společenskému životu nepřispívá.

Mechanismů, které spouštějí záchvatové přejídání, je několik. Cooper (1995) je rozděluje do tří kategorií:

- 1) Ty, které souvisejí s potravou a jídlem, například porušení dietního pravidla.
- 2) Ty, které jsou spojeny s obavami o tělesnou hmotnost, například pocit "jsem tlustá".
- 3) Negativní nálady, například "cítím se mizerně".

MA a MB mají společné znaky, ale jeden rozdíl v nich můžeme nalézt. Nemocní mentální bulimií si na rozdíl od nemocných mentální anorexií často uvědomují chorobnost svých příznaků, jak upřesňuje Koutek (2011). Pacientky mívají snahu se rituálu přejídání a následného zvracení zbavit¹⁷. Pociťují vinu a znechucení nad svým chováním. Jsou si svých problémů dobře vědomy. U mentální anorexie je toto uvědomění si problému mnohdy zdoluhavým procesem, který se u nemocných dívek často dostavuje až v nejzazším stádiu nemoci. Svou nemoc si mnohdy nechtějí dlouho připustit, což je o to více ohrožuje na zdraví.

1.3.1 Kompenzace přejídání

Bulimičky¹⁸ pociťují nutnost se snědeného jídla po záchvatu přejedení zbavit. Tato kompenzace patří k základním znakům mentální bulimie. Jak píše Cooper (1995), k těmto znakům patří dále přísné dodržování diet a hladovění, vyvolávané zvracení, užívání projímadel, diuretik a přípravků na hubnutí.

Celý proces nejčastěji začíná od držení redukční diety stejně jako u MA. Nemocní si odepírají potraviny a dodržují přísná dietní pravidla, která obvykle předchází propuknutí záchvatového přejídání. Tzv. "vlčího hladu". Návrat k dietě po záchvatu přejedení je běžný způsob, jak utlumit strach z přibývání na váze po snědení velkého množství jídla. Bulimičky se dostávají do začarovaného kruhu. Cooper (1995) zmiňuje tři druhy diet, které lidé dodržují, aby shodili kilogramy své váhy. Všechny tři druhy jsou typické pro nemocné mentální bulimií.

¹⁷ Viz Příloha č. 2, Tabulka č. 4 Vzorce chování typické pro MA a MB

¹⁸ Tyto kompenzace se mohou týkat i pacientů s purgativním typem anorexie

- 1) Půst. Lidé nejedí nic.
- 2) Úsporná dieta. Přijímá se pouze malé množství kalorií za den.
- 3) Vyhýbání se "špatným" jídlům, o kterých se soudí, že se po nich tloustne.

Jídla, která bulimičky považují za nebezpečná, jsou častým spouštěcím mechanismem, který vyvolává záchvatovité přejídání.

Jedním ze způsobů, kterým bulimičky kompenzují snědené jídlo, je zvracení. Mnoho dívek zvrací, aby získaly kontrolu nad svým přejídáním. Většina dívek, jak uvádí Krch (2002), by zvracet nikdy nezačala, pokud by věděla, že zvracení je zcela neúčinné, protože z těla se neodstraní všechny přijaté kalorie. Cukry se štěpí už v ústech a jsou zpracovány rychlým způsobem, který zvracení nemůže ovlivnit. V době, kdy velká část energie už obíhá v krvi, jak dále upozorňuje Krch (2002), zvracení odstraní především vlákninu, vitamíny a minerály. Část přijaté energie je již absorbována a může vést i k nárůstu hmotnosti. Krch (2002) uvádí příklad, kdy bylo zjištěno, že energetický příjem jednoho záchvatu přejedení činil 2131 kcal, vyzvráceno bylo jen 979 kcal. Zbylou část kalorií tělo přijalo a spotřebovalo. Tento způsob je tedy ve snaze snížit váhu neúčinný. Přesto naprostá většina bulimiček, jak píše Cooper (1995) vynucené zvracení praktikuje. Dělají to tajně, protože se za své chování stydí. Obvykle postupují tak, že si hluboko do krku strčí prst nebo nějaký předmět, čímž vyvolají reflex zvracení. Cooper (1995) dále uvádí, že asi čtvrtina bulimiček dokáže tento reflex ovládat a vyvolat si zvracení i bez mechanického vyvolání.

Další způsob, který je používán za účelem kompenzace snědeného jídla, je požití laxativ a diuretik. Tato metoda není o nic méně zdraví škodlivá. Krch (2002) upozorňuje na neúčinnost této metody a zároveň varuje před jejím praktikováním. Snížení váhy, které se dostaví po požití projímadel, je pouze dočasné. Toto snížení je způsobené okamžitou ztrátou tekutin. Na pravidelné užívání laxativ tělo reaguje zadržováním tekutin. Na laxativech vzniká závislost, která se projevuje postupným zvyšováním dávek, aby se dosáhlo kýženého účinku. Přerušování užívání projímadel, jak varuje Krch (2002), je spojeno se zácpou a s otoky, což se projeví na váze dotyčného.

Dále jsou hojně využívána i diuretika¹⁹. Ty ovšem také nemají žádný vliv na změny tělesné hmotnosti. Cooper (1995) vysvětluje, že mají pouze mírný efekt, který je způsoben ztrátou tekutin, ale ten se eliminuje, jakmile jsou tekutiny doplněny.

¹⁹ Diuretika jsou tablety sloužící k odvodnění organismu

1.4 Atypické poruchy příjmu potravy

V souvislosti s poruchami příjmu potravy bývají zmiňovány i tzv. atypické poruchy. Krch (2005) uvádí atypickou mentální anorexii a atypickou mentální bulimii. Tato označení se užívají u pacientů, jak dále píše, u kterých chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy, ale přesto vytvářejí typický klinický obraz. Jsou také velmi nebezpečné a nesou s sebou zdravotní rizika.

Vedle těchto atypických poruch se můžeme setkat i s tzv. jinak nespecifikovanými poruchami příjmu potravy. Patří do diagnostických kategorií DSM-IV. Za EDNOS²⁰, jak uvádí Krch, lze považovat např. "syndrom nočního přejídání".

Noční přejídání, jak vysvětluje Papežová (2003), bylo popsáno už v roce 1955 u obézních pacientů. U nočního přejídání jsou specifikována diagnostická kritéria: denní jídelní režim se signifikantním nárůstem příjmu potravy večer / v noci, který se manifestuje a) nejméně 25% konzumace je po večeři, b) nejméně 2 probuzení s konzumací jídla během týdne. Syndrom se častěji objevuje u žen. Dle Papežové (2003) jsou nemocní v 10 % obézní a ve 27 % morbidně obézní. Mezi EDNOS je možné také zahrnout záchvatovité přejídání bez hladovek nebo purgativního chování charakteristického pro MB. Tento typ přejídání, jak uvádí Krch (2005), je typický pro osoby s obezitou a nadváhou. Postižený konzumuje velké dávky potravy, které mají neblahý vliv na jeho zdraví. Člověk jí většinou velmi rychle, jak upřesňuje Vodáčková (2002), aniž by měl hlad. Pociťuje úzkost a vinu. Tyto epizody záchvatovitého přejídání se opakují alespoň dvakrát týdně po dobu půl roku. Důsledkem je nabývání na hmotnosti.

1.5 Poruchy příjmu potravy v České republice

Na základě informací získaných z Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS), zde chci stručně uvést aktuální statistické údaje týkající se pacientů s PPP. V roce 2012 bylo léčeno v ambulantních zdravotnických zařízeních 3461 pacientů, kteří vykazovali mentální anorexii, mentální bulimii nebo atypickou poruchu příjmu potravy. Hospitalizováno bylo celkem 330 případů. Z těchto 330 případů byla téměř u 62 % diagnostikována mentální anorexie, u pětiny mentální bulimie a 11 % vykazovalo atypickou MA. Naproti roku 2011 čísla vzrostla o celá dvě procenta nemocných. Z celkového počtu bylo 91 % žen. Dle ÚZIS bylo 8 % pacientů ve věku do 14 let, 30 % ve věku 15 – 19 a celých 62 % bylo starších 20 let. Nejvíce pacientů se léčilo v Praze.

²⁰ Eating disorders otherwise specified – jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy

1.6 Kapitola pro učitele

Vzhledem k tomu, že poruchy příjmu potravy se často vyskytují u dívek dospívajících, je na místě věnovat tuto kapitolu učitelům, kteří mohou zaznamenat změny u svých žaček. Tyto proměny chování bývají zvláště viditelné v případě mentální anorexie.

Změn, kterých si lze ve školním prostředí všimnout, je několik. Patří sem například oblast tělesné výchovy, ve které je možné zaznamenat, že žákyně ztrácí váhu. Někteří se mohou začít vyhýbat společným aktivitám, jako jsou například hry. Místo účasti na těchto hrách, jak píše Papežová (2000), se žáčky tisknou k topení, aby se zahřály. Dívky často nosí několik vrstev oblečení, aby předešly pocitům chladu. Je možné zpozorovat také stranění se ostatním tím, že dívky samy běhají nebo jinak vehementně cvičí. U mladších dívek, u kterých ještě neproběhla puberta, si lze všimnout zpomalení růstu. Jednoduše nerostou stejně jako jejich spolužáci. Kantor může také zaznamenat změny v sociálním chování. Dříve sociálně aktivní se straní, jsou smutní a zasmušilí. Papežová (2000) dále upozorňuje, že mnoho nemocných se začne stranit školní jídelně a jíst pouze ovoce a zeleninu. Perfekcionistické rysy jsou u mentální anorexie častým jevem. Dívky mají mnohdy velmi dobré studijní výsledky, mají tendenci být lepší než ostatní. Tato snaha uspět se může projevit negativně v prostředí, kde nejsou pevně daná pravidla, co se od koho očekává. V těchto situacích často selhávají. Kantor si dále může všimnout, že žákyni trvá příliš dlouho plnění zadaného úkolu. Také u zkoušení lze spatřit následky stravovací poruchy, protože významně narušuje koncentraci a kognitivní funkce. Pokud učitel zaznamená změny, které naznačují nemoc PPP, je vhodné angažovat učitele, který to s postiženými dobře umí. Může to být například školní psycholog, učitel občanské výchovy nebo učitel psychologie. Následně je vhodné upozornit rodiče.

Pokud jsou důvodné obavy, že žák či žákyně trpí některou z poruch příjmu potravy, škola samotná by měla přistoupit k opatřením, která zabrání rozvoji stravovacích poruch. V první řadě zakázat dotyčnému cvičení ve škole. Následně se zaměřit na stravování žáka. Papežová (2000) uvádí několik variant, které je možné uplatnit: jíst jako ostatní a s ostatními; vybrat kamarádku, která bude s postiženou sedět a ubezpečí se, že jídlo sní; jíst s členem učitelského sboru; jíst v oddělené místnosti; jíst u stolu učitelského sboru; jíst mimo jídelnu s dohlízející kamarádkou.

Papežová (2000) také zmiňuje zajímavost, že hladovění často dovádí lidi k profesím, kde se zachází s jídlem. Dívky s anorexií se často chtějí stát například dietními sestrami.

2 Příčiny poruch příjmu potravy

Kapitola se věnuje výčtu příčin, které stojí v pozadí poruch příjmu potravy. Dosud není jednoznačně prokázáno, co PPP způsobuje. Odborníci se shodují, že na vině stojí celá řada různých faktorů. Krch (2002) uvádí, že mezi těmito faktory mají rozhodující vliv skutečnosti, které souvisí s držením diet. Je popisováno mnoho situací a důvodů, které spustily problémy s jídlem. Podobnosti je možné nalézt jen v určitých nespecifikovaných rizikových faktorech, jak uvádí Papežová (2010), které se objeví v osobní či rodinné anamnéze klientů s poruchami stravování. Při vzniku onemocnění hraje závažnou roli schopnost jedince zvládat stresové situace, které bývají častým spouštěcím mechanismem onemocnění.

2.1 Sociální a kulturní tlak

Pro poruchy příjmu potravy je společným jmenovatelem strach z tloušťky. Nyní je možné ze všech stran zaznamenat kulturní tlak, který propaguje abnormální štíhlost. Tento tlak má již své kořeny. V šedesátých letech se objevila anglická modelka Leslie Hornby Armstrong alias Twiggy, která spustila touhu po štíhlosti, jak uvádí Leibold (1995). Modelka měla velmi štíhlou až anorektickou postavu a stala se tehdejším ideálem štíhlosti a to i přesto, že její postava byla téměř chlapecká. Její váha byla pouhých 44 kg. „*Tento trend posílil též díky uvedení francouzských bikin do módy, které se lépe vyjímaly na postavách štíhlých*“ (Fialová, 2006, s. 25). V tomto období se ženy začaly hojně uchýlovat k redukčním dietám a hojně se rozvíjely poruchy příjmu potravy.

Krch (2002) uvádí příkladem tlak médií, který útočí na představy a životní vzory současného člověka. Hojně se mluví o tom, kdo jak vypadá, média zasahují do života lidí, posuzují jejich vzhled a vyzdvihují štíhlý ideál. Média podsouvají lidem názory a představy, kterým mají věřit. Komerční reklamy posilují představu, jak píše dále Krch (2002), že vyhublost je spojena se zdravím. Nynější ideál krásy je vyhublý. Pro řadu dospívajících dívek je tento aktuální vzor krásy nedostupný, jak uvádí Vágnerová (2004). Média prezentují na kost vyhublé modelky a diety jako běžnou normu pro každou ženu. „*Z 12 finalistek Miss ČR 2003 měly 3 anorektickou váhu²¹*“ (Papežová, 2003, s. 19). V některých obchodech s módními oděvy jsou prezentovány malé velikosti oblečení, včetně velikosti XS. Oblíbeným příkladem je dětská hračka, panenka Barbie, která je typem velmi štíhlé panenky. Pokud by se její proporce

²¹ Z celkového počtu dvanácti dívek na Miss ČR 2009 pouze 3 dívky měly váhu dle BMI v normě, zbylých 9 dívek mělo dle výpočtu podváhu (dvě dívky měly dokonce BMI pouhých 16) zdroj vlastní na základě informací z archivu Miss ČR, dostupné z: <http://archiv.ceskamiss.cz>

uplatnily na skutečné ženě, nemohla by ani chodit. Problém je ten, jak vysvětlují Cassuto a Guillou (2008), že toto "vzorové" tělo se snadno stane cílem holčičky, která panenku vlastní.

Nyní je štíhlost téměř synonymem úspěchu. Tato propagace štíhlosti neexistovala vždy. Naopak tloušťka bývala symbol bohatství a úspěchu, líčí Fialová (2006). Od té doby se však mnoho změnilo. Přehnaný zájem o hmotnost se stal společenskou normou, jak uvádí Fialová (2006) a mnoho lidí považuje za normální, když někdo tloušťku zavrhuje a projevuje antipatie vůči tlustým lidem. Obecné tvrzení je, že tloušťka je špatná. Estetické zákony, které se v této době předvádějí, jsou v rozporu se zdravím. Cassuto a Guillou (2008) upozorňují, že vnímat štíhlost jako jediný možný způsob krásy, je zvrácené. Mnoho lidí si v honbě za štíhlostí vypomáhá i chirurgickými zákroky. Plastické chirurgie se stává velmi módní. „*Rodiče nechávají operovat stehna, břicho i obličej svých nedospělých dcer ve vývoji třeba za dobré vysvědčení*“ (Papežová, 2003, s. 19). Tělo se stává především předmětem, který lze měnit podle libosti.

Oblíbeným módním artiklem jsou redukční diety, které, jak již bylo uvedeno, jsou častokrát v rozporu se zdravím. Cassuto a Guillou (2008) přímo upozorňují, že tyto diety se mohou ukázat jako kontraproduktivní. Vyvíjí se také reklamy, které se stávají nebezpečnější. Reklamy na diety často prezentují herečky, které nadváhou netrpí, naopak mají normální hmotnost. Propagovány jsou velké váhové ztráty v co nejkratší době a to s minimálním úsilím. To je samo o sobě nemožné a v první řadě škodlivé. Důsledkem těchto aktivit je znevýhodňování lidí s nadváhou, na které společnost hledí s despektem. Lidé projevují malou toleranci k různorodosti. Vše, co se nějak odlišuje, bývá pod sociálním tlakem, vedoucím k normě. Zvýrazňuje se, jak uvádí Krch (2002), důraz na konformitu, kdy se lidé bojí lišit a uznávají hodnoty, které jim jsou blízké. Konformita, jak dodává Vágnerová (2004), může přinášet určitý druh klidu a jistoty. Také se zvyšuje důraz na lidský výkon, sebekontrolu a soutěživost. Moderní je konzumovat potraviny, které jsou považovány za zdravé a netučné. Život, jak zmiňuje Krch (2002), je často ovládán starostmi o jídlo, váhu, zkreslování jednotlivých proporcí a tvarem postavy potravy.

Ačkoli je kult štíhlosti nebezpečný, bylo by zavádějící soustředit veškerou pozornost pouze na něj. Claude-Pierre (2001) v této souvislosti vyzdvihuje, že je velmi podstatný rozdíl mezi snahou být štíhlý, abych splnil očekávání společnosti, a snahou být hubenější a hubenější, až nastupuje riziko smrti. Těmto sociálním tlakům jsme vystaveni všichni, aniž bychom na ně reagovali poruchou příjmu potravy. Sociální vlivy proto vytvářejí obecné předpoklady, ke kterým se přidávají faktory individuální, které dohromady rozvíjí maniakální postoj k jídlu.

2.2 Rizikové rysy osobnosti

Patří sem rysy osobnosti, které jsou u nemocných s PPP velmi časté. Náchylnější jsou dívky, které jsou perfekcionistické, tudíž mají potřebu po dokonalosti. Papežová (2000) uvádí, že se tyto dívky snaží utišit enormní sebekritičnost a tím i nízké sebevědomí. Nízké sebevědomí je tvoří citlivými vůči případným nevhodným poznámkám svého okolí, které někdy spustí poruchu příjmu potravy. Dívky, které trpí mentální anorexií, jsou často velmi zranitelné, nejsou si sebou jisté, objevuje se u nich puritánství a asketismus, který pramení ve snahu překonat vlastní potřeby, včetně jídla. Asketismus může být obranným mechanismem, protože jim umožní potlačit pudové tendence a zachovat osobní rovnováhu, uvádí k této problematice Vágnerová (2008). Mentální anorexie se vyznačuje asketickým postojem. Papežová (2000) mezi rizikové povahové rysy započítává i sebe trestání, kdy se dívky neumějí vyrovnat s tím, že mají problém. „*Věří, že jsou špatné*“ (Papežová, 2000, s. 15). Dívky disponované k poruchám stravování mají sklon k sebeovládání, zvýšené sebekontroly. Tyto sklony se projevují již od dětství, dodává Vágnerová (2004). Obecně lze říci, že PPP jsou ohroženy více ženy s nejistou identitou a křehkou rovnováhou. Mohou mít sklony k pedantství a nutkavému chování, jak uvádí Vodáčková (2002). Za nutkavé chování označujeme obsedantně-kompulzivní poruchy, které se u některých pacientek také vyskytují. Nutkavé chování, jak uvádí Vágnerová (2008), bývá spojeno s rituály dodržování čistoty, sebeobsluhy nebo jiných povinností.

2.3 Životní události

Řadíme sem zážitky, které jsou pro nemocné nějakým způsobem traumatické. Až dvě třetiny anorektiček, jak Krch uvádí (2002), spojují vznik anorexie s prožitou životní událostí. Tyto události bývají traumatické, nepříjemné či jinak stresově náročné. Zhruba třetina bulimiček, píše také Cooper (1995), byla sexuálně zneužita. Pomocí hladovění a přejídání se snaží vyrovnat s tíživou situací, která je potkala. Vyskytuje se zde nízká odolnost vůči stresu. Tragických životních událostí, které spustí stravovací poruchy, je celá řada. Papežová (2003) uvádí: hrozící rozvod rodičů, poznámky okolí o váze, předčasný odchod z domova, tělesné zranění či onemocnění, někdy i přílišný úspěch, který nemocný neustojí. Je to individuální záležitost. Podle některých odborníků je objektivita těchto příčin sporná, jak uvádí Krch (2002), tato informace vyjadřuje v první řadě subjektivní názor nemocného.

Zde chci věnovat krátkou pozornost nevhodným poznámkám na adresu dotyčného, které mohou spustit kolotoč hladovek a přejídání. Je třeba si uvědomit, že takové poznámky může

někdy vytrousit každý z nás. Nemusí zatím být ani útočně míněný záměr, ale třeba i pouhý vtípek, který dotyčný člověk vezme příliš osobně. Narážky, ironické poznámky, vtípky ohledně tělesné váhy, to vše může způsobit v mysli dívek, žen, ale i mužů hluboké rány. Někteří dospělí si i po letech pamatují poznámky o své váze, které je zranily, vysvětlují Cassuto a Guillou (2008). Mohou vyvolat pocity ponížení a zasadit semínko, které později vzklíčí jako jedna z poruch příjmu potravy. Někteří poznámky o své váze berou sportovně a mávnou nad nimi rukou, jsou ale i tací, které tyto nářky psychicky ruínují a trápí se jimi měsíce i roky. Komentáře, které jsou necitlivě vyslovené, byť formou vtipu, jsou zbytečné a mohou napáchat mnoho škody. Důkazem je mnoho žen a dívek, které jako příčinu svých problémů uvádějí právě jízlivé poznámky na svou hmotnost. Stačí tedy velmi málo a problém je na světě.

2.4 Fyzické změny spojené s tělesným vývojem

Období puberty je velmi rizikové. Zvláště dospívající dívky mohou být vyděšené tělesnými změnami, které jsou pro toto období typické. Vodáčková (2002) označuje za rizikovou skupinu ohroženou PPP právě dospívající dívky. Chlapci tyto změny většinou neprožívají tolik, jako právě dívky. Sekundární pohlavní znaky u chlapců, jak uvádí Vágnerová (2008), nejsou tolik výrazné. Narůstají především do výšky a rozvíjí se svaly. U děvčat, jak dále vysvětluje, jsou sekundární pohlavní znaky nápadnější. Jde o znaky dospělé ženy, které mohou vyvolat reakce okolí, nebo také zaskočit samotné dívky. Tělesné změny je mohou vyděsit, „*Protože je vzdalují od anorektických proporcí současného světa módy*“ (Marádová, 2007, s. 10 - 11). Tělesné dospívání je energeticky náročné, tělo vyžaduje zvýšený příjem nutričně hodnotné stravy. Pokud ho nedostává, existuje tu riziko zastavení tělesného růstu, nástupu puberty, objevují se dříve zdravotní obtíže kvůli menším tukovým rezervám, varuje Krch (2002).

Dietní tendence ovlivňují život stále mladších věkových kategorií, zejména dívek, jak uvádí Marádová (2007). „*Už osmiletá děvčata uvádějí, že nejsou se svým tělem spokojena*“ (tamtéž, s. 10).

2.5 Rodinné faktory

Rodina může mít také svůj významný vliv na onemocnění. Špatné vztahy, nezdravé stravovací návyky nebo již předešlý výskyt onemocnění. To vše může stát v pozadí maniakálního postoje k jídlu. „*Skutečnost, že poruchy příjmu potravy se v rodinách anorektiček vyskytují až pětikrát častěji než v běžné populaci, vedla některé autory k názoru, že příčina problému může být v rodině nemocných*“ (Krch, 2002, s. 55). Existuje tu genetické riziko, které

podle literatury tvoří 50 - 90 % podílu při vzniku MA a 35-83 % při vzniku MB. Tato čísla zmiňuje například Papežová (2003). Příbuzné ženského pohlaví jsou více ohroženy. Poruchou příjmu potravy mohla trpět matka, babička nebo teta. Není výjimkou, že anorexii mají dvě sestry, jak uvádí Papežová (2003), a abnormální pozornost vůči jídlu a postavě se objevují v několika generacích. Tyto skutečnosti lze vysvětlit i působením rodinného prostředí, nejen fyzickou dědičností, jak dodává Cooper (1996). „Členové rodiny do velké míry sdílejí stejné prostředí, a právě tato společná zkušenost může vysvětlovat, proč se poruchy příjmu potravy v rodinách dědí“ (Cooper, 1995, s. 52).

Důvodů vzniku PPP můžeme nalézt celou řadu. Rodiče, kteří mají obézní děti, jsou mnohdy kritizováni za nedostatečnou péči. Už tento fakt samotný dokládá, jak negativně se na tloušťku nahlíží. Je také častým jevem, že se rodičům se sklony k obezitě podaří vychovat potomka se stejným problémem, upozorňuje Fialová (2006). Obezita v dětství bývá častým spouštěčem problémů v pozdějším věku.

Mnoho rodičů učí své děti, že být tlustý je špatné a napomínají je, aby kontrolovaly svou váhu. Neexistuje jednoznačné tvrzení, co MA a MB spouští. Poruchy stravování vznikají na základě mnoha faktorů, přestože na vině může být faktor plynoucí z rodiny, není to pravidlem. Vznik poruchy by neměl být chápán jako známka špatné výchovy rodičů.

V souvislosti s rodinou jmenuje Vodáčková (2002) podobné rysy, které se vyskytují v rodinách dívek, které trpí některou z poruch příjmu potravy. Objevuje se, že členové jsou přehnaně ochraňující, nerespektují osobní hranice, rodiny jsou izolované, semknuté, mají pocit nebezpečí, jsou to rodiny rigidní, nepřizpůsobující se vývojovým změnám v rodině, nevyjadřující emoce, matky jsou často dominantní, málo empatické, některé samy trpí PPP, otcové mají většinou problémy navázat s dítětem pevný vztah. To jsou některé znaky, se kterými se lze setkat.

Pokud se v rodině objeví porucha příjmu potravy, důležité je zahájit včasnou léčbu viz kapitola 4 Léčba poruch příjmu potravy.

3 Důsledky a ohrožení

Poruchy příjmu potravy jsou nebezpečná onemocnění, která s sebou přináší mnoho komplikací. V této části se budu zabývat nejen zdravotními riziky, které vyplývají z maniakálních postojů k jídlu. Rozlišuji důsledky zdravotní a důsledky psychické, které se projevují ve vztazích s okolím nemocných pacientů.

3.1 Zdravotní rizika mentální anorexie

Mentální anorexie, které spočívá v první řadě v odmítání potravy, je pro lidský organismus zvláště nebezpečná. Přijímat potravu je biologická potřeba nutná k přežití, k uchování biologické existence člověka. Pokud je tato potřeba potlačena, zdravotní následky se zákonitě dostaví. Záleží na délce odmítání potravy, většinou uplyne mnoho času, jak vysvětluje Leibold (1995), než se pacienti odhodlají k léčení. Léčba často nastupuje ve stádiu, kdy je pacient ohrožen na životě. Proto na následky anorexie umírá až 10% anorektických pacientů. Mentální anorexie patří mezi nejnebezpečnější psychické poruchy, ke smrti vede až 18krát častěji, než u zdravých vrstevníků, dodává Krch (2002). Hlavním viníkem je akutní podvýživa a vyhublost. Krch (2002) zmiňuje příznaky, které jsou typické pro podvýživu a tím i pro mentální anorexii.

- Důsledkem podvýživy je zvýšená citlivost na chlad. Pacientkám s MA, které trpí akutní podvýživou, je neustále zima i v prostředí, kde panují vysoké teploty.
- Pleť je citlivá na poranění, snadno popraská, je suchá a zažloutlá. Nadměrné cvičení, které anorektické pacientky mnohdy praktikují, ji může poškodit. Snadno se tvoří modřiny. Zvyšuje se růst ochlupení po těle. Kvalita vlasů se snižuje, jsou suché, lámavé, vypadávají, rychle řídnou.
- Kazivost zubů, zácpa způsobená pomalou funkcí střev.
- Pomalý pulz, někdy chudokrevnost, omdlévání jako důsledek nízkého krevního tlaku.
- Hypoglykemie, vysoká hladina cholesterolu.
- Malátnost, vysoký stupeň únavy, nespavost, ledové ruce.
- Nepravidelná menstruace z důsledku nízkého podílu tuku v těle²².

²² Podíl tuku v těle u zdravé ženy se pohybuje okolo 20% tělesné váhy

- Srdeční obtíže, slabý močový měchýř, odvápnění kostí, u mladých dívek opoždění puberty.
- Dehydratace, pocity nevolnosti, otoky.

3.2 Zdravotní rizika mentální bulimie

Pro mentální bulimii je typické záchvatovité přejídání a následné zvracení. Časté je i požívání laxativ a diuretik. Mortalita MB je nižší než MA, přesto k úmrtí dojít může a také došlo, uvádějí Hall a Cohn (2003). Zdravotní komplikace u mentální bulimie a mentální anorexie jsou v některých bodech stejné. Jde například o zvýšenou kazivost chrupu, výjimkou není zácpa, ledové ruce, dehydratace, chudokrevnost, otoky, hypoglykemie, svalové slabosti a srdeční arytmie. Komplikace typické pro mentální bulimii jsou důsledkem častého přejídání, zvracení, zneužívání laxativ a diuretik. Některé anorektické pacientky mohou vykazovat stejné symptomy, pokud se uchylují k projímadlům a požívají laxativa. Cooper (1995) i Hall a Cohn (2003) shodně jmenují příznaky, které se u bulimických pacientů vyskytují.

- Ztráta dechu, dýchavičnost důsledkem přejedení.
- Akutní bolesti v břišní krajině, nadmutost.
- Poškození stěny žaludku, vzácně její protržení.
- Nepravidelné menstruační cyklus, osteoporóza, poruchy mozkové činnosti.
- Vnitřní krvácení.
- Nízké hladiny draslíků, které vedou k selhání ledvin.
- Zadušení důsledkem zvracení, protržení jícnu nebo dolních cest dýchacích.
- Důsledkem zvracení dochází ke snížení draslíku, chlóru a sodíku, které mohou působit srdeční arytmií.
- Otékání slinných žláz pod čelistí, které vyvolává dojem baculatosti tváře.
- Poškození krku, chraplavý hlas, oslabení svěrače jícnu.

Zde bych chtěla upozornit na nebezpečí zvracení, které se násobí, pokud dívky opakovaně vyplachují žaludek. Typicky to vypadá tak, že zvracejí, pijí, zvracejí a znovu pijí. Účelem je zbavit se veškeré stravy. Cooper (1995) vysvětluje, že tento systém narušuje rovnováhu tělesných tekutin a tělesných solí, což má vážné důsledky pro fyziologii těla.

Kazivost zubů, která je příznakem bulimie, je násobena energickým čištěním zubů, které nemocné bulimií praktikují, aby zamezily zápachu z úst. Cooper (1995) dodává, že takto se zuby kazí mnohem rychleji.

Pokud nemocní PPP požívají laxativa a diuretika, zdravotní komplikace se násobí. Tyto prostředky narušují vnitřní rovnováhu tělesných tekutin, jak varuje Krch (2000). Na projímadlech se rychle vytváří závislost a dávky se postupně zvyšují, aby bylo dosaženo žádoucího účinku. Laxativa působí komplikace v oblasti tlustého střeva, jmenuje dále Krch (2000). Pokud si tělo vytvoří závislost na laxativech, reaguje na odeření těchto prostředků šokem. Cooper (1995) vysvětluje, že tento šok se projeví zácpou a zadržováním tekutin v těle, které se projeví na váze. Některá laxativa poškozují střevní stěnu. Cooper (1995) před užíváním laxativ a diuretik varuje prostým vysvětlením, kdy říká, že projímadla mají zanedbatelný vliv na absorpci kalorií, zatímco diuretika absolutně žádný. Krch (2000) i Cooper (2005) se shodují v tom, že jakmile se přestanou laxativa a diuretika užívat, jejich fyzické důsledky vymizí.

Přípravky na potlačení chuti k jídlu, které bývají v některých případech užívány, jsou také nebezpečné. Účinky těchto medikamentů nebyly nikdy výzkumy podloženy. Jejich vliv na potlačení chuti nebyl prokázán. Nebezpečí, které představují, jsou vznik depresí a rozrušení, dodává Cooper (1995). Tyto následky prokázány byly.

3.3 Společné důsledky v oblasti psychiky

Poruchy příjmu potravy jako jsou mentální anorexie a mentální bulimie se v některých případech vzájemně liší, jeden důsledek však mají společný. Narušují psychickou pohodu a tím i společenský život všech nemocných. Hall a Cohn (2003) označují tyto poruchy jako poruchy prožívání a myšlení. V každodenním životě nemocného se projevují fyzické problémy, nevyvážený jídelní režim, hlad, chuť se přejíst a další symptomy, které na sebe upoutávají pozornost a nemocného psychicky oslabují, jak uvádí Krch (2000). Společný jmenovatel, který tu hraje stěžejní roli, jsou deprese a úzkost. Pokud dívky trpící PPP, považují svou postavu za nepřijatelnou, připadají si také špatné a bezcenné, uvádí Cooper (1995). Anorexie vede k sociálním poruchám, které mohou skončit i sebevražedným pokusem. V centru psychických poruch, které anorexie působí, stojí depresivní i euforické stavy, které se mísí s pocity nadřazenosti, viny a hanby. Mezi depresivní příznaky, které se hojně vyskytují u nemocných PPP, Cooper (1995) jmenuje pocit viny, pocit vlastní bezcennosti, podrážděnost, nedostatek energie, depresivní nálady, vyhýbání se společností, beznaděj a zhoršenou koncentraci pozornosti. Typický anorektik, jak popisuje Leibold (1995), se mění ve svůj vztah vůči okolí,

objevuje se u něj přehnaná starostlivost a pocity nadřazenosti, které mohou působit arogantně. Mnoho bulimických pacientek, jak Cooper (1995) uvádí, často propadá zoufalství. Pociťují samy k sobě odpor a nenávisť, za to, co dělají. Mají odpor vůči sobě, protože se přejídají a následně zvrací. Po přejedení se u některých objevují návaly vzteku a podrážděnosti, které upoutají pozornost okolí. „*Některé bulimičky si způsobují řezné rány*“ (Cooper, 1995, s. 42). Snaží se potrestat za své chování. Nepřepokládají, že by se něco mohlo změnit k lepšímu. Sociální vztahy nemocných se v mnoha případech rapidně horší. Výjimkou není ani sociální izolovanost, která se vyskytuje v pokročilé fázi onemocnění. Na vině stojí nutkavé myšlenky nemocného na jídlo, svou váhu a jídelní režim, které mu přerůstají přes hlavu. Tento jev je společný jak pro MA, tak pro MB. Krch (2000) popisuje důsledek onemocnění, kdy postupně dotyčným ubývá energie a zájem o jiné věci, než je tělesný vzhled a jídlo samotné. „*Narůstá zájem o vlastní osobu a problémy a mezi pocity převažuje sebelítost*“ (Krch, 2000, s. 31). Veškeré tyto aspekty mají dopad na vztahy nemocného a okolí. Dlouhodobý pocit neuspokojení směřuje k depresi a zmiňované izolaci. Nepřiměřené reakce se navyšují, dodává Krch (2000). Izolace nemusí být následkem pouze chování nemocného, ale je i reakcí okolí. Blízcí přátelé a rodina se mohou pokoušet předat dotyčným rady a tím jej přivést k vyváženému jídelnímu režimu, tyto snahy jsou ve většině případů odmítány. Někdy mohou vyvolat i agresi ze strany nemocného, zmiňuje Leibold (1995). V takových případech je důležité snažit se pochopit hledisko nemocného, který ani při své dobré vůli nedokáže pochopit dobře míněné rady a pokusy o pomoc. Leibold (1995) dodává, že se nemocný často cítí nepochopený, pod nátlakem a přirozeně se brání. Narůstající nezáměr o mezilidské vztahy je u PPP velmi častý. Nemocný jednoduše „nemá čas“ zaměstnávat se čímkoli jiným, než manickým chováním k jídlu. Společenský život se většinou odehrává v oblasti jídla. Rodiny tráví čas u večeří, přátelé se schází v restauracích, obvyklou reakcí nemocných, jak Cooper (1995) vysvětluje, je snaha se podobným situacím zcela vyhnout.

Negativní vnímání sebe sama se mohou projevit i v romantických vztazích nemocných. Stydí se za své tělo, začínají se vyhýbat fyzickému kontaktu. Zábrany v oblasti sexu, jak uvádí Krch (2005), jsou u pacientek rozšířené. Snížený zájem o sex se objevuje zvláště u pacientek s mentální anorexií. Tento jev je spojen s vyhublostí, který má za příčinu sníženou činnost pohlavního systému. U bulimických žen, jak dále popisuje Krch (2005), je sexuální zájem aktivnější. Ve výzkumech zkoumajících PPP a sexuální život je mnoho proměnných, a tudíž se nedají závěry jednoznačně interpretovat. Jedná se tedy o jevy, které nejsou zcela potvrzeny, ujasňuje Krch (2005).

4 Léčba poruch příjmu potravy

Léčebných metod je mnoho, vyjmenovat jeden osvědčený recept je obtížné. Dívky s anorexií si často nechtějí připustit, že mají obtíže, které je nutné řešit. Uzdravení u takových dívek je velmi těžké. Čím déle nemocný poruchou trpí, tím déle zpravidla trvá léčba, jak uvádí Černá (2008). U MA se udává průměrná doba onemocnění šest let, toto je však velmi individuální. Pokud je nemoc včas zachycená, může se mentální anorexie vyléčit za velmi krátký čas, dodává Černá (2008). U dívek s MA je problém, že si většinou svou nemoc připustí, až když mají vážné psychologické a tělesné problémy, uvádí Papežová (2000). Bulimické pacientky jsou v tomto směru odlišné. Většina z nich si uvědomuje, že něco není v pořádku, ale nejsou si jisty, zda něco chtějí a mohou měnit, dodává dále Papežová (2003). Mentální bulimie může u některých jedinců trvat i desítky let, varuje Černá (2008). Důvodem jsou léta tajností a ukryvání příznaků.

Klíčem k úspěchu je v první řadě přiznání si problému. Pokud si nemocné dívky, ženy, ale i muži, přiznají své problémy a rozhodnou se je řešit, šance na uzdravení je velmi vysoká. Léčba musí být celková, tedy psychická a somatická, upřesňuje Leibold (1995).

4.1 Hospitalizace, částečná hospitalizace, ambulantní péče

Pokud se pacient dostane do fáze, kdy je ohrožen jeho život, je nutná hospitalizace na klinice. V takovém případě se tomu děje i proti vůli samotného nemocného, který, jak Leibold (1995) uvádí, není schopen rozumné úvahy. Hospitalizace se týká zpravidla dívek trpících mentální anorexií, jejichž váha se dostane na život ohrožující minimum. Pokud je pacient hospitalizován, je pod stálým dohledem lékařů, kteří se snaží ho zdravotně stabilizovat. Pokud pacient není v přímém ohrožení života, je možná i hospitalizace částečná nebo tzv. denní stacionář, jak Krch (2005) uvádí. Tyto programy poskytují intenzivní terapii a zároveň navození struktury z hlediska jídelního režimu. Pacientky pravidelně dochází do nemocnice, ale nezůstávají přes noc. „Hospitalizaci se dává přednost u pacientů, kteří jsou značně vyhublí, vyžadují pečlivé lékařské sledování“ (Krch, 2005, s. 126). Lidé, kteří dospějí do fáze, kdy jsou velmi vyhublí, na sebe často strhávají pozornost okolí. Pokud nejsou zcela izolováni od okolního světa, teoreticky by nemělo k ohrožení života dojít, protože jejich okolí zaznamená, že jsou na kost vyhublí a potřebují pomoc. I přesto se často stává, že do nemocnic jsou přiváženi pacienti, kteří jsou extrémně vyhublí a téměř nemají zájem o život, varuje Leibold (1995). „Pro 10 procent pacientů končí tato vychrtlost smrtelně“ (Leibold, 1995, s. 94). V určitých případech je možné, aby okolí zasáhlo i bez svolení nemocného. Pokud dotyčný trpí častými záchvaty

slabostí, omdlívá nebo se jeho váha dostane pod 40kg, je vhodné zavolat na pomoc lékaře. Leibold (1995) uvádí, že tento zásah nemá nic společného s udavačstvím, ale je v zájmu nemocného.

Do nemocnice je možné docházet i ambulantně. Tento způsob se týká pacientů, kteří prošli několika typy léčebných metod, ale nadále nechťejí další léčbu podstupovat. Týká se i těch, kteří po zkušenosti s léčbou dospěli do fáze, kdy psychoterapie pro ně má pouze malou šanci na úspěch, dodává Krch (2005). Tento typ léčby má za cíl návrat nemocného do somatické a psychické stability. Není tedy zaměřen na samotné překonání poruchy. Ambulantní léčba je poskytována individuálně nebo ve skupině. Je zde předpokládáno, jak Leibold (1995) doplňuje, že pacient je ochoten pravidelně docházet na vyšetření a spolupracuje.

4.2 Terapie

Léčba pomocí terapie se týká pacientů, kteří nemají závažné zdravotní následky, plynoucí ze stravovacích poruch a je u nich šance na uzdravení i bez lékařského zásahu. Existují různé formy terapie. Příkladem Hall a Cohn (2003) uvádějí terapii rodinnou, terapii zaměřenou na konkrétní typ poruchy příjmu potravy, terapii skupinovou a také terapii individuální. Terapie poruch příjmu potravy mají tři hlavní oblasti, na které se zaměřují.

- 1) Typické chování jedince s PPP.
- 2) Myšlenkové procesy, které toto chování udržují.
- 3) Emoce, které jsou v pozadí.

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT), jak Hall a Cohn (2003) uvádí, dosahuje dobrých výsledků ve všech třech oblastech. Cílem této léčby je pomoci pacientkám získat ztracenou kontrolu nad jídlem a umírnit jejich obavy o svou postavu a hmotnost, popisuje Cooper (1995). Jedná se o terapii krátkodobou, která většinou probíhá přibližně 5 měsíců a spočívá v pravidelných setkáních pacienta s terapeutem. Podstatou je vytvořit spolehlivý terapeutický vztah, který umožní pacientovi snazší cestu k vyléčení. KBT má za cíl pomoci nemocnému pochopit, že jeho tělesná váha nevypovídá o osobní hodnotě a nemá vliv na dosažení úspěchu. U pacientů s MB je tento cíl o něco snazší, protože během KBT pravděpodobně přiberou jen málo, uvádí Krch (2005). U anorektických pacientů je třeba váhu zvyšovat více a to může být pro většinu z nich traumatické. KBT může být v případě mentální anorexie i dlouhodobá. Záleží na stavu zlepšení pacienta. Pokud je léčba neúčinná, jak Krch (2005) dodává, je třeba navrhnout ambulantní lékařskou péči.

Cooper (1995) jmenuje další formy terapie, které lze aplikovat u nemocného. Je to interpersonální terapie, rodinná terapie a skupinová terapie.

Interpersonální terapie (IPT), jak Krch (2005) uvádí, se na problémy s jídlem přímo nezaměřuje. Je možné ji rozdělit do tří fází. V první fázi se identifikují problémy, které vedly k rozvoji poruchy příjmu potravy, ve druhé fázi se uzavírá terapeutická dohoda o práci na těchto problémech, poslední fáze se vyznačuje otázkami spojenými s ukončením terapie.

Rodinná terapie se uplatňuje u pacientů, kteří žijí se svou rodinou, uvádí Krch (2005). Nepatří mezi základní způsob léčby, ale může být velmi nápomocná v porozumění některým terapeutickým problémům. Lze ji využít tam, kde jsou v popředí rodinné konflikty. Terapeuti, kteří se zabývají tímto typem terapie, jsou přesvědčeni o tom, že se porucha příjmu potravy v první řadě odráží od situace v rodině. Rodinná terapie jak popisuje Leibold (1995), se snaží zpracovat narušené vztahy v rodině. Této terapie se musí zúčastnit celá rodina, tedy i sourozenci. Snahou je pozitivně změnit rodinné vztahy, které přivedly nemocného do problémů s jídlem. Terapie může být problematičtější, protože se často příbuzní brání a bojí se, že na ně bude svalena vina za problémy nemocného. Leibold (1995) vysvětluje, že tyto obavy jsou zbytečné. Rodina tvoří pouze jeden článek řetězce, který poruchu spouští. Během terapie se terapeut nepokouší kritizovat členy rodiny ani jim cokoli vyčítat. Rodinnou terapii je vhodné kombinovat s jiným typem, například s individuální terapií. Tím se docílí optimálních výsledků (tamtéž).

Skupinová terapie spočívá v pravidelných sezeních za účasti terapeuta. Skupinu tvoří šest až dvanáct účastníků, kteří mají za cíl se zde otevřeně vyprávět (tamtéž). Výhodou je, že účastníci skupiny mohou pomáhat ostatním při vybavování podvědomých příčin nemoci. Existuje tu však i jistá nevýhoda, která může léčbu komplikovat. Pacienti se mohou vzájemně podporovat ve svých problémech, jak varuje Claude-Pierre (2001). Terapeut má za úkol udržovat skupinu v chodu a případně ji řídit. Přesto ani zkušený pracovník nemůže přemoci vzájemné negativní ovlivňování. Hlavní úloha je tak na pacientech samotných. Skupinová terapie, jak Leibold (1995) zmiňuje, se velmi osvědčila. Přesto má svá úskalí.

4.3 Konkretizace léčby

Další možností, která se při léčbě PPP uplatňuje, je využití farmak. V tomto případě se jako pomoc při léčení používají antidepresiva. Zvláště u bulimicky nemocných patientek se tento přístup osvědčil, zmiňuje Cooper (1995). Po nasazení antidepresiv, se snížila frekvence záchvatovitého přejídání a poklesla míra strachu spojeného s potravou a jídlem. Nálada

pacientů také zaznamenala zlepšení, jak Cooper (1995) dodává. Antidepresiva bulimii neléčí, ale pomáhají ke zmírnění příznaků. V mnoha případech bylo dokázáno, že toto zlepšení nemá trvalý charakter a příznaky se později znovu zhorší bez ohledu na to, zda je nemocné užívají. Cooper (1995) dále uvádí, že farmakologická léčba je u mnoha nemocných velmi komplikovaná, protože se snaží své problémy zvládnout sami bez pomoci léčiv. V každém případě tyto léky předepisuje pouze odborník. Antidepresiva mohou být doplňkem léčby u bulimických pacientek, přidává se Krch (2005), který dále dodává, že u pacientek s mentální anorexií je medikace ve většině případů neúspěšná.

Kromě zde jmenovaných léčebných metod je možné při cestě za vyléčením využívat i svépomocné průvodce, které jsou psány odborníky a směřují přímo k ženám nemocným PPP. Nepodávají tedy pouze obecné informace o poruchách příjmu potravy, ale poskytují návod "krok za krokem", který může mnoha nemocným poskytnout cenné rady. Svépomocný průvodce může být velmi užitečný, ale vyžaduje dávku spolupráce a odhodlání. Mezi svépomocné průvodce v oblasti mentální anorexie patří kniha od Františka D. Krcha *Mentální anorexie*, dále kniha od Hany Papežové *Anorexia Nervosa*, která mimo jiné obsahuje i kapitoly určené rodinám a blízkým nemocných. V oblasti mentální bulimie je možné pracovat s knihou od Hany Papežové *Bulimia nervosa*, která také funguje jako příručka pro samotné nemocné, ale i pro jejich partnery a rodiny. František D. Krch napsal také knihu *Jak bojovat s přejídáním*, ve které je v praktické části obsažen průvodce zaměřený na boj s bulimií. Podobného průvodce lze nalézt v knize Petera J. Coopera *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání* nebo v knize Lindsey Hall a Leigh Cohn *Rozlučte se s bulimií*. Zmiňované i mnoho dalších svépomocných průvodců slouží jako pomocníci při cestě za vyléčením, nemohou však nahrazovat pomoc kvalifikovaného odborníka. Tyto knihy, jak Papežová (2003) upozorňuje, mohou pomoci pouze těm, kteří se pro pomoc rozhodnou.

Základním předpoklad pro úspěšné léčení, je vlastní přiznání si problému a následná snaha problém řešit. Mnoho nemocnic, klinik i soukromých pracovišť nabízí léčebné programy zaměřené na terapii poruch příjmu potravy. K léčebnému týmu, jak Hall a Cohn (2003) uvádějí, patří vždy atestovaný psychiatr, psycholog se specializací na PPP a speciální pracovníci. Léčba může být individuální a skupinová. Jak bylo zmíněno, používá se i farmakoterapie a účinné může být i poradenství v oblasti výživy.

V posledních dvou podkapitolách teoretické části zmiňuji dvě centra, která poskytují pomoc lidem postiženým poruchami příjmu potravy v České republice.

4.3.1 Centrum pro poruchy příjmu potravy

Centrum²³ se nachází v Praze a spadá pod 1. Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. Na webových stránkách jsou zapsány tři základní formy péče, které centrum nabízí. Jsou to lůžková specializovaná oddělení, kde probíhá hospitalizace pacientů. Podmínkou je věk nad 18 let, platba za hospitalizaci je 100 Kč na den. Probíhá zde režimová léčba, při které se odborníci pokouší pacienty zařadit do terapeutického, jídelního a také sociálního programu. Dále je zde denní stacionář, kam pacienti přicházejí každý den v rámci svého léčebného programu. Stacionář probíhá zpravidla 3 měsíce, podmínkou je BMI od 16 a výše. Placená částka činí 55 Kč, která slouží na proplacení stravy. Čekací doba se pohybuje od jednoho týdne až po měsíc s ohledem na obsazenost. Poslední nabízenou formou péče je specializovaná ambulantní péče, kde probíhá první kontakt a následná krátkodobá ambulantní péče pro pacienty s PPP. Je zde psychologické poradenství zaměřené na psychosomatické potíže, terapii a prevenci. Centrum nabízí i jiné formy péče, například více rodinnou terapii, apod.

4.3.2 Občanské sdružení Anabell

Sdružení Anabell²⁴ poskytuje pomoc osobám, které trpí nebo jsou ohroženy poruchami příjmu potravy. V současné době působí na několika místech České republiky, jako je Praha, Brno, Zlín, Kladno, Ostrava a Plzeň. Příkladem chci uvést služby, které nabízí sdružení v Praze a které jsou vyjmenovány na webových stránkách Anabell. V nabídce je poradna pro osoby s poruchou příjmu potravy, nutriční poradna, individuální terapie, terapeutická skupina, terénní poradna BEze STudu a možnost navštívit knihovnu s danou tematikou. Poradna pro osoby s PPP je poskytována bez úhrady a přijít je možné i bez objednání. Užitečná je pro ty, co chtějí zjistit informace o nemoci, konzultovat svou situaci spojenou s PPP, zjistit možnosti léčby, případně získat kontakt na odbornou pomoc. Nutriční poradna nabízí možnost konzultovat s nutriční terapeutkou jídelní režim, sestavit jídelníček nebo, jak dále uvádí webové stránky Anabell, získat kontakt na odbornou pomoc. Do nutriční poradny je třeba se objednat, sezení trvá 50 minut a je zpoplatněné 500 Kč za sezení. Další službou na stránkách Anabell je individuální terapie, která trvá 50 minut, je nutné se na ni objednat a opět je zpoplatněna 500 Kč za sezení. Terapeutická skupina je také občanským sdružením Anabell nabízena. Provoz skupiny je zaměřen na posilování sociálních vztahů, zacházení s emocemi a řešení osobních témat. Skupina trvá dvě hodiny, kdy za každou hodinu je účtován poplatek 150 Kč. Počet účastníků je maximálně 10 a minimálně věk účastníků 17 let.

²³ Veškeré informace jsou dostupné na webových stránkách 1. lékařské fakulty UK v Praze www.lf1.cuni.cz

²⁴ Veškeré informace jsou dostupné na webových stránkách www.anabell.cz

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 Vlastní výzkum

Pro praktickou část své práce jsem zvolila kvalitativní výzkum, který umožňuje zachytit i detailní informace o jevech, které se při kvantitativním šetření hůře zjišťují. Kvalitativní výzkum má své nesporné výhody. Jednou z nich je získání hloubkového popisu případů, jak vysvětluje Hendl (2005). Jde zde přístup ke konkrétním informacím, které odhalují důvody výskytu daných fenoménů. Odhalují podstatu jevů a umožňují jejich porozumění, dodávají Strauss a Corbinová (1999). Nevýhodou kvalitativního výzkumu je určitá nemožnost být nestranný. Zrcadlí se tu sblížení se zkoumanou osobou. Z toho důvodu se může zdát kvalitativní výzkum neobjektivní. Na druhou stranu je možné proniknout do situace, což u kvantitativního výzkumu může být někdy složité. Velkým přínosem u kvalitativního výzkumu je možnost pochopit hlediska dotyčného člověka. Hlavním rysem je zde intenzivnost, uvádí Gavora (2000).

U kvalitativního výzkumu je důležité zvolit jeho správný design. Zvolit adekvátní design je pro každý výzkum zásadní. Designem je myšlen plán výzkumu. V tomto plánu jsou zohledněny základní podmínky, které jsou zásadní pro realizaci výzkumu. Jak Švaříček a Šed'ová (2007) upozorňují, těchto designů je několik a nejsou totožné s metodou sběru dat ani s analýzou dat. Mezi hojně používané patří například etnografie, biografie, zakotvená teorie, případová studie, a další. I metod sběru dat kvalitativního výzkumu je několik. Švaříček a Šed'ová (2007) jmenují zúčastněné pozorování, hloubkový rozhovor a ohniskové skupiny a skupinový rozhovor.

5.1 Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu je zprostředkovat společnosti autentický příběh nemocného poruchou příjmu potravy a zjistit, jak dotyčný tuto nemoc prožívá. Již bylo řečeno, že pochopit onemocnění poruch příjmu potravy je mnohdy pro zdravého člověka velmi obtížné. Poruchy příjmu potravy bývají laiky bagatelizovány a považovány za rozmar, který je možné kdykoli ukončit. Pro zdravé lidi je často nepochopitelné, proč nemocný člověk věnuje jídlu takovou pozornost. Proč se lidé s mentální anorexií nedokážou najíst, když jsou na kost vyhublí a hrozí jim smrt. Proč se lidé s mentální bulimií přejídají a dobrovolně zvrací. V čem spočívá ta obsese spojená s jídlem, které patří mezi základní biologické potřeby každého člověka. Snahou je pomoci pochopit hlediska nemocného, tím že se nahlédne do života, který je výrazně narušen maniakálními postoji k jídlu. Získané informace mohou vyvrátit tvrzení, že je dotyčný člověk

kdykoli schopen své chování opět normalizovat. Jsou zde předloženy příběhy, které umožňují spoluúčast na samotném onemocnění. Nastíní věci a jednání z pohledu lidí, kteří jsou nemocní. Odhalují i určitou pravidelnost, která je pro poruchy příjmu potravy typická. Nejsou tedy pouhým pomocníkem pro pochopení těch zdravých, ale jsou i vysvětlením pro samotné nemocné. Práce ukazuje typičnost a pravidelnost, která se u PPP. Touto nemocí trpí mnoho lidí, kteří jsou na první pohled zcela odlišní, ale přesto vykazují stejné příznaky a mají totožné myšlenky. Lze tedy říci, že práce se snaží dokázat nemocným, že nejsou sami, které to potkalo. Nemusí se za své problémy stydět a považovat je za své osobní selhání.

5.2 Zkoumaný jedinec

„Jací to jsou lidé? Obyčejně déle žijí v daném prostředí, dokonale je znají a jsou schopni o něm podat věrnou zprávu“ (Gavora, 2000, s. 144). Tato věta odpovídá na otázku, kdo jsou ti, s nimiž se kvalitativní výzkum provádí. Můj výzkum vznikl za pomoci dvou žen. První trpí mentální bulimií a druhá má zkušenost s mentální anorexií. Jsou tudíž ideálními dotazovanými v oblasti těchto poruch. Vědí, jaké mají projevy, následky a jsou schopny podat upřímné svědectví o dopadech PPP na nemocného člověka. První dívka je má kamarádka, kterou jsem poznala ještě v době, kdy byla zcela zdravá. Potkaly jsme se zhruba před osmi lety na kurzu angličtiny. Bohužel se vídáme velmi zřídka s ohledem na časové možnosti. Přesto byla ochotná udělat si na mě čas a poskytnout mi otevřenou výpověď. S druhou dívkou jsem se seznámila na internetové diskuzi, která se týkala právě PPP. Několik dní jsme si dopisovaly, načež souhlasila, že mi svěří osobně svůj příběh. Na výslovné přání obou žen zde neuvedu pravá jména. Dohodly jsme se na skryté identitě, kdy jsou ženy v této práci nazývány jako Pavla a Monika. Pavle je dvacet čtyři let, studuje Vysokou školu ekonomickou v Praze, nyní je ve čtvrtém ročníku studia. Monice je sedmáct let a nyní studuje na Střední hotelové škole v Praze. Nejprve se obávaly zveřejnit citlivé informací o své osobě. Ujistila jsem je, že bude zachována etika rozhovoru a záruka anonymity. Po této informaci obě svolily a daly mi souhlas použít získaná data k mé práci. Za to jim velmi děkuji.

Anamnéza Pavly: 24 let, narozena 8. 11. 1989, znamení štír, svobodná, české občanství. Pavla úspěšně absolvovala základní školu, kde patřila mezi premianty třídy. Následně přešla na střední školu, kde stále byla prospěchově nadprůměrná. Navštěvovala několik jazykových kurzů, doučovala mladší děti anglický jazyk. Během studia na střední škole získala brigádu v bankovním prostředí, kde pracuje brigádně dodnes. V roce 2003 se narodila Pavlina mladší sestra. Vztahy v rodině jsou dobré. Matka pracuje jako konzultantka v právnické firmě, otec je živnostník. Rodina je poměrně velká, Pavla má několik bratranců a sestřenic. Část rodiny žije

v Brně. Pavla s rodiči žije celý život v Praze. Pavla je inteligentní, melancholická. Extrovertní a citlivá povaha. V roce 2011 se odstěhovala od rodičů a žije se svým přítelem v centru Prahy. Nyní je ve čtvrtém ročníku studia vysoké školy. Studium ji baví. Po zdravotní stránce je v pořádku, pouze má alergii na pyly.

Anamnéza Moniky: 17 let, narozena 5. 1. 1997, znamení blíženci, svobodná, české občanství. Monika patřila na základní škole k prospěchově průměrným žákům bez kázeňských problémů. Nyní studuje střední školu, kde se stále drží ve známkovém průměru. Žije po celý život v Praze. Je jedináček. Rodiče se rozvedli, když bylo Monice 8 let. Nyní otce nevidá. Matka pracuje jako zdravotní sestra, tráví mnoho času v práci. Vztahy v rodině jsou napjaté, často se s matkou hádá. V blízkosti bydliště žije Moničina babička, která před dvěma lety ovdověla. Otec i matka jsou jedináčci, Monika o dalších členech rodiny neví. Otec se k Monice nehlásí. Nyní má novou rodinu. Přestěhoval se mimo Prahu. Monika je introvertní povahy, inteligentní. Stydlivá, často úzkostná. Někdy reaguje cholericky. Za rok skládá maturitní zkoušku, neví, zda bude dále studovat na vysoké škole. Po zdravotní stránce je v pořádku.

5.3 Případová studie

Zvolila jsem design případové studie, který se mi zdál vzhledem k povaze mé práce nejvhodnější. Podstatou je detailní studium případu, sloužící jako nástroj k porozumění sociálním jevům. Centrum pozornosti tvoří tedy případ. Tímto případem, jak uvádí Miovský (2006), je objekt našeho zájmu. V mém případě dvě ženy. Jedná se tedy o případovou studii zaměřenou na životní příběh jedince. Účelem případové studie je porozumění a interpretování událostí, které jsou spojené s objektem zkoumání. Švaříček a Šed'ová (2007) uvádí, že každý badatel v případové studii usiluje v první řadě o porozumění daného případu. Zásadní je interpretovat interakci případu a jeho okolí (tamtéž). Chci zde také jmenovat určité přínosy a nedostatky případových studií. Mezi nesporné přínosy patří srozumitelnost pro širokou veřejnost, zachycení unikátních faktorů, zkoumání reálných věcí ze života a není zde potřeba tvořit celý výzkumný tým. Nevýhodou je zobecnění výsledků na širší vzorky, studie jsou založeny na subjektivních interpretacích, je tu sklon ke zkreslení ze strany výzkumníka (tamtéž).

5.3.1 Metoda sběru dat

Ve svém výzkumu jsem si zvolila jako metodu sběru dat hloubkový rozhovor. Lze použít i výraz hloubkové interview. Švaříček a Šed'ová (2007) jej definují jako nestandardizované dotazování, které je vedeno jedním výzkumníkem. Cílem tohoto typu interview je získat stejné pochopení zkoumaných událostí, jakým disponuje zkoumaný jedinec či skupina. Prostředníkem je zde výzkumník. Ten dotazuje účastníka výzkumu za pomoci několika daných otázek či témat. Tudíž jsem i já použila dotazník²⁵, ve kterém jsou převážně otevřené otázky. Tento dotazník fungoval v první řadě jako pomocník, pokud by se tok interview odebral vzdáleným směrem a ženy samy ve svém vyprávění některé oblasti dostatečně nevysvětlily. Specifičtější výraz pro užitou metodu je semistrukturované interview nebo také semistrukturovaný rozhovor. Tento typ rozhovoru je v případových studiích často používán. Jsou zde otázky globální, umožňující uvolněný tok odpovědi, jak vysvětluje Gavora (2000). Švaříček a Šed'ová (2007) doplňují, že rozhovor může být i zcela narativní, tedy bez předem připravených otázek. Záleží na volbě výzkumníka. Je důležité, aby atmosféra při interview byla přátelská, pohodová a uvolněná. Osoba, se kterou se interview vede, se v tomto případě nenazývá respondent. Tento termín by označoval osobu, která na otázky odpovídá, reaguje. Příznačnější označení je informant. Informant, jak Gavora (2000) dodává, je osoba, která se nám svěří, informuje a odhaluje svůj příběh. Je zde typická asymetrickost moci. Výzkumník, jak uvádí Švaříček a Šed'ová (2007), vede rozhovor a také by ho měl ukončovat. Informant vypráví určitý příběh, který je stěžejní, a proto mluví v první řadě on. Nevýhodou této metody výzkumu je citová angažovanost informanta, kdy mohou podané informace být zkreslené. Rozhovor směřuje z části i do minulých událostí, tudíž mohou být vzpomínky vypravěče nepřesné, doplňuje Gavora (2000).

Hloubkové interview není tvořeno pouze rozhovorem a jeho přepisem. „*Celý proces získání dat prostřednictvím této metody sestává z výběru metody, přípravy rozhovoru, průběhu vlastního dotazování, přepisu rozhovoru, reflexe rozhovoru, analýzy dat a z psaní a prezentace výzkumné zprávy*“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 160).

5.4 Výzkumné teze

Před počátkem výzkumu jsem měla jisté své předporozumění, které vyplynulo nejen z načtené literatury, ale i z osobních zkušeností s nemocnými PPP. Osobně považuji tyto nemoci za velmi nebezpečné. Nemyslím, že je správný postoj tyto nemoci bagatelizovat a považovat je za výstřelek nemocného. **Jako podstatný problém vidím společnost, která upřednostňuje**

²⁵ Viz Příloha č. 3: Dotazník

na pohled atraktivní lidi. Z toho vyplývá i touha po štíhlosti, která je považována za ekvivalent krásy. To vše podporuje potřebu držet diety a tím měnit své tělo. **Lze předpokládat, že na jídle a hubnutí může velmi snadno vzniknout škodlivá závislost, které je těžké se zbavit.** Zbavit se této závislosti je stejně obtížné, jako zbavení se jiných závislostí, například na cigaretách. Nepomůže nemocného konfrontovat se zdravotními komplikacemi, případně mu vysvětlit neefektivnost jeho chování, například u bulimicky nemocných, kteří zvrací. V případě závislosti na cigaretách jsou si také lidé vědomi jejich škodlivosti, a přesto kouří. **Pro nemocného není lehké své chování normalizovat. Domnívám se, že poruchy příjmu potravy jsou vyústěním psychické nepohody.** Tato nepohoda je zapříčiněná subjektivními faktory nemocného a mírou schopnosti odolávat stresu. **Lze předpokládat, že při včasné léčbě se dají poruchy příjmu potravy úspěšně vyléčit.** Součástí léčby musí být odstranění psychického problému, který dovedl nemocného až do maniakálního postoje k jídlu. Považuji PPP jako důsledek jiných psychických obtíží. **Myslím, že v celém konceptu nemoci hraje významnou roli nedostatek lásky vůči sobě samému.**

5.5 Podrobnosti výzkumu

- Interview Pavla

Interview s Pavlou probíhalo v poklidném prostředí u ní doma. Bylo tedy splněno doporučení konat interview na místě, které není informantovi cizí. Naopak poskytlo klidnou atmosféru a pocit "domácí půdy". Interview se odehrálo ve středu 5. 3. 2014 a trvalo zhruba dvě hodiny. Pavla mi hned na počátku udělila souhlas, být při svém vyprávění nahrávána na diktafon. Opětovně jsem ji ujistila o anonymitě. V úvodu jsem položila kombinaci dvou otázek: „*Mohla bys nejprve říct, která z poruch příjmu potravy se u Tebe projevuje, a poté popsat, jak to celé začalo?*“ Dále jsem nechala Pavlu vyprávět. Do vyprávění jsem se nejprve snažila nezasahovat. Později jsem položila několik otázek, které vyplynuly z jejího povídání, a zdálo se mi podstatné je zodpovědět. Během rozhovoru jsem také položila otázky, které jsem měla předem připravené. Pavla byla po celou dobu klidná a otevřeně odpovídala na otázky, které korigovaly tok rozhovoru. Nahrávku rozhovoru jsem později doslovně přepsala do písemné podoby. Zápis byl nutný k tomu, aby se přenesená data uchovala v jejich původním znění. Samozřejmě bylo potřeba zpětně verifikovat veškerá zjištění. Tato zpětná verifikace, jak uvádí Gavora (2000), je ku prospěchu oběma stranám. Výzkumník ověří údaje a informant se dozví, jak se jeho slova zapsala. Týden od rozhovoru jsme se sešly. Dne 12. 3. 2014 proběhla schůzka, na které si Pavla prohlédla zápis interview. Po vytyčení některých nepřesností, jsme doladily rozhovor do konečné podoby. Velmi oceňuji spisovnou češtinu Pavly, která dominuje jejímu

vyprávění. Zápisky jsou autentickým přepisem rozhovoru, který byl dotyčnou schválen, a jsou přiloženy k mé práci²⁶. Celkový počet je šestnáct stran.

- Interview Monika

Interview s Monikou probíhalo v klidné kavárně blízko jejího bydliště. Sama tuto kavárnu zvolila, protože patří mezi její oblíbené. Stejně jako Pavlu, i Moniku jsem hned na počátku ujistila o slíbené anonymitě, obeznámila ji s tím, že její výpověď budu nahrávat na diktafon a veškeré získané informace použiju pouze k účelům sepsání své bakalářské práce. Ačkoli se s Monikou neznám příliš dlouho, velmi mne potěšil její vstřícný přístup a ochota mi svůj příběh svěřit. Po dobu rozhovoru byla usměvavá a přátelská. Dle mého názoru se atmosféra nesla v příjemném duchu. Interview se konalo 22. 3. 2014. Trvalo lehce přes hodinu. I Moniku jsem k vyprávění vyzvala slovy: „*Mohla bys nejprve říct, která z poruch příjmu potravy se u Tebe projevuje, a poté popsát, jak to celé začalo?*“ Postupovala jsem stejně jako v případě Pavly a do jejího vyprávění z počátku nevstupovala. Postupně jsem pokládala otázky, které bylo vhodné položit vzhledem k povaze rozhovoru a stejně tak jsem se snažila, aby byly položeny i otázky z dotazníku. Sama velmi oceňuji Moničinu odvahu se sejít a svůj příběh mi odvyprávět, protože to bylo naše první setkání tváří v tvář. Do té doby jsme spolu byly v kontaktu pouze přes email. Po ukončení rozhovoru jsme se rozloučily a já jsem i v tomto případě celé interview převedla do písemné podoby. Několik dní na to, tedy 27. 3. 2014, jsme se opět sešly ve stejné kavárně, kde si Monika přečetla přepis interview, který následně i odsouhlasila. I v tomto případě jsou zápisky autentickým přepisem rozhovoru a jsou přiloženy k mé práci²⁷. Celkový počet je šest stran.

5.6 Způsob vyhodnocení dat

Na počátku vyhodnocení dat jsem nejprve doslovně přepsala uskutečněné rozhovory do písemné podoby. Tím jsem data převedla ze surového záznamu, aby bylo možné s nimi dále pracovat. Tento převod netextové povahy do povahy textové, jak uvádí Miovský (2006), se jmenuje transkripce. Po převedení je nutná kontrola této transkripce. Zvolila jsem metodu kontroly prostřednictvím účastníka, tedy Pavly a Moniky. Celý přepis si důkladně přečetly a zkontrolovaly jeho přesnost. V momentě, kdy jsem měla přepis hotový a schválený, bylo možné vyhodnocovat získaná data. Zvolila jsem dokončení úpravy dat podle Miovského, 2006. Nejprve jsem použila metodu redukce prvního řádu. Tím, jak vysvětluje Miovský (2006),

²⁶ Autentický zápis rozhovoru viz Příloha č. 4: Interview č. 1 s Pavlou

²⁷ Autentický zápis rozhovoru viz Příloha č. 4: Interview č. 2 s Monikou

rozumíme přeměnu transkripce do vhodnější podoby pro analytickou práci. Doslovně přepsaný text je mnohdy hůře čitelný, jsou v něm zaznamenány veškeré odmlky, nečekaná přerušení, nedokončené věty. „*Nejjednodušší formou redukce prvního řádu je vynechávání všech částí vět, které nesdělují nějakou identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci*” (Miovský, 2006, s. 210). Vynechala jsem tedy dílčí projevy mluveného slova, které nenesly žádnou informaci k tématu. Následovalo otevřené kódování dat. Tato metoda je často používaná u kvalitativního výzkumu, proto jsem ji zvolila i já. Chtěla jsem vsadit na ověřenou metodu, která je zde vhodná. Švaříček a Šedřová (2007) vysvětlují, že tento systém má za úkol rozdělit analyzovaný text do dílčích jednotek. Je dobré dělit jednotky na základě jejich významu. Jednou to může být tedy celý odstavec, podruhé pouze slovo. Každé jednotce se přidělí kód, který jej odliší od ostatních. Používala jsem krátké fráze. Zde uvádím jako příklad několik zvolených kódů: *negace vůči vlastnímu tělu, citlivost na kritiku, postoje rodiny*. Kódování dat jsem prováděla bez pomoci softwarového programu. Vpisovala jsem kódy do vytisknutých záznamů ručně. Následovala kategorizace kódů. To znamená, jak uvádí Švaříček a Šedřová (2007), že si veškeré vytvořené kódy seskupíme podle jejich souvislostí. V případě mých dvou interview jmenuji tyto kategorie: *Okolnosti vedoucí k prvnímu hubnutí, Stravovací porucha, Zdravotní komplikace, Vztahy s okolím, Současný stav, Porucha příjmu potravy očima nemocné, Rady nemocné nemocným*. Jména kategorií jsem volila podle svého uvážení, což například doporučují i Strauss a Corbinová (1999). Vybraný název kategorie by měl logicky souviset s údaji. (tamtéž). Po vytvoření kategorií jsem se rozhodla použít techniku „vyložení karet”. Zvolila jsem ji proto, že mi v porovnání s jinými připadala jasně srozumitelná a vhodná k mému výzkumu. O této technice pojednává například Švaříček a Šedřová (2007), kteří ji interpretují jako metodu, kdy se vezmou vytvořené kategorie a uspořádají se do určitého obrazce. Tento obrazec se následně uspořádá do textu tak, že je v podstatě převyprávěním obsahu vytvořených kategorií.

5.7 Interpretace výsledků výzkumu

V této kapitole se postupně věnuji zpracovaným tématům, která jsem uspořádala do kategorií. Tyto kategorie jsem zvolila totožné v případě obou interview. Jsou seřazeny v logické návaznosti a jsou zde uváděna konkrétní data, na která jednotlivé kategorie odkazují.

- Okolnosti vedoucí k prvnímu hubnutí

Pavla: Ve své výpovědi uvádí, že k odhodlání hubnout spěla již od dětství. Důvodem byla její nadváha, která jí ztrpčovala život. Jak několikrát uvádí, potýkala se s komentáři svého okolí ohledně své váhy. Tyto poznámky jí nebyly lhostejné. „*Pokaždé se mě to velmi dotklo, byla jsem z toho smutná, někdy jsem i brečela.*” Pavla neuvádí v souvislosti s počátkem nadváhy

svůj věk²⁸. Avšak vzpomíná na událost, která se odehrála v jejích deseti letech, kdy její strýc upozornil na její kila navíc. Již v té době se začala potýkat s komplexy ohledně své postavy. Začala se stydět za své tělo. Pavla vysvětluje, že je velmi citlivá a komentáře okolí jí snadno ublíží. Přiznává, že na své dětství nevzpomíná s radostí. „*Netrpěla jsem nedostatkem lásky, nebyla jsem týrané dítě, ale byla jsem tlusté dítě a z toho důvodu i nešťastné.*” Ačkoli se již potýkala se studem za svou postavu, k rozhodnutí hubnout dospěla až o několik let později. V pozadí její nadváhy jsou zřejmě špatné stravovací návyky v rodině. Na Pavlu nebyl kladen důraz střídmosti v jídle, což ji dovedlo až do nadváhy. Nevybavuje si svou tehdejší váhu. Několikrát zopakovala, že nebyla obézní dítě, ale oplácané dítě. Tato oplácanost vzbuzovala pozornost okolí, se kterou se od dětství potýkala velmi dlouho. Ve výčtu jmenuje základní školu, která se pro ni stala symbolem posměšků mířených na její hmotnost. „*Kluci se mi smáli, holky mě pomlouvaly. Byly to těžké časy, na které nevzpomínám vůbec ráda.*” Základní škola byl pro ni zlomovým obdobím, kdy se rozhodla poprvé hubnout. Důvodem byla první školní láska, která však nebyla opěťovaná. Objekt její platonické lásky ji také častoval komentáři, které ji dovedly k touze zkusit dietu a zhubnout. Uvádí, že jí bylo čtrnáct let. Spouštěcím momentem je zde tedy snaha zalíbit se spolužákovi. Vysvětluje, že se již v té době cítila ošklivá a tlustá. Za faktor v pozadí hubnutí lze považovat špatné stravovací návyky v rodině, které vedly k nadváze, a ta vyvolala reakce okolí. Svou roli zde sehrál i rizikový rys osobnosti v podobě citlivosti na kritiku svého těla. Tato kritika se v ní několik let hromadila. Jakmile se k těmto poznámkám přidal i zmiňovaný spolužák, byla rozhodnutá. Pokud se chce líbit, musí zhubnout. Dalším faktorem byl tedy i sociální tlak. V kontaktu s první dietou se hned setkala s tvrzením, že musí jíst málo, jinak nezhubne. Toto klamné tvrzení zapříčinilo nezdravý start diety. Inspirovala se svou matkou. Pavla uvádí, že její matka v té době držela hojně diety a předala jí mylné heslo: „*Pokud chci zhubnout, musím málo jíst. Jinak to nepůjde.*” Takto tedy začala její první snaha hubnout nadbytečná kila. Sama uvádí, že diety střídala. Byly doby, kdy nejedla vůbec, aby zhubla. Byla přesvědčená, že tímto způsobem zhubne rychle a efektivně. Pavla uvádí, že se na své zdraví neohlížela. „*Radši budu mrtvá, než tlustá*” označuje tento výrok jako součást rauše, který měla v době, kdy dychtila po radikálním hubnutí. V hladovění dlouho nevytrvala. Měla pocity hladu, které nevydržela a najedla se. Tento subjektivní neúspěch je často vnímán jako osobní selhání. Pavlu přemohly výčitky a strach z nárůstu hmotnosti. Uvádí, že se poprvé vyzvracela ve čtrnácti letech. Zde se popisuje typické pocity, které jsou popisovány při záchvatovitém přejídání. Nejprve přišly pocity uspokojení, protože ukojila své chutě. Tyto pocity rychle vystřídaly výčitky a panika nad množstvím snědeného jídla. „*Nemohla jsem to*

²⁸ Viz Příloha č. 4: Časová osa č. 1 – Pavla

jídlo v sobě nechat a zahodit to úsilí předtím.'' Jakmile se vyzvracela, panika přešla a navrátil se jí klid. Pavla v této metodě našla pomocníka, jak zhubnout. Uvádí, že byla nadšená. Mohla jíst a nepřibrat. Tato počáteční euforie z nalezení ''nové metody hubnutí'' bývá obvyklá. Pavla v této chvíli nevěděla, že zvracení není účinné, protože se potrava vstřebává již v ústech. Během období prvního úmyslného zvracení spoléhala na to, že se zvracení dostaví samo. Jak dále uvádí, nemusela si ho vyvolávat mechanicky. Pavla uvádí, že ji tento způsob korigování jídla a hmotnosti brzy omrzel. Jakmile se zvracení nedostavilo, sama s touto metodou přestala. Vyústilo to v ukončení diety a přejídání. Přestala experimentovat s dietami, přejídáním a zvracením. Navrátila se k jídelníčku před dietou. Toto byl dozajista moment, který mohl pro Pavlu znamenat velký úspěch. Zastavit bulimické chování v jeho počátku nemusí být snadné pro každého. Bulimie se u ní v tomto období nerozvinula. Zvládla nadále bez problémů jíst opět normálně, aniž by si zvracení vyvolávala. Nazvala bych toto období jako experiment, který včas dokázala zastavit.

Ačkoli se Pavla bez problémů zvládla vrátit k jídelníčku před dietou, touha po hubnutí ji neopustila. Jako na samém počátku i v tomto období se rozhodla hubnout na základě komentářů okolí. Pavla uvádí, že tyto komentáře slyšela i od pro ni cizích lidí. Jmenuje zvláště případ, kdy pro ni zcela cizí muž okomentoval nelichotivě její vzhled. Přimělo ji to k opětovné snaze hubnout. Toto období se odehrálo zhruba v jejích patnácti letech, v deváté třídě na základní škole. Poučila se z minulosti a radikálně změnila svůj jídelníček. Zařadila pohyb a cvičení. Inspirovala se návody na zdravý životní styl, jak vysvětluje. Ve své snaze hubnout si pořídila i kalorické tabulky a počítala energetické hodnoty potravin. Tento způsob se jí vyplatil, dostala se na váhu 65 kg při výšce 173 cm. *„Což mi přišlo jako dobré“* označuje takto svou spokojenost. Při popisu Pavlina hubnutí se mi vybavily některé typické příznaky, které vykazují nemocní se stravovacími poruchami. *„Poprosila jsem mámu, ať kupuje jen LIGHT potraviny a pořád jsem studovala, co má kolik kalorií. Měla jsem i vytisknutou tabulku, kde byly kalorie nejčastějších jídel. Zнала jsem je nazpaměť. Zařadila jsem posilování na zadek a břicho, což byly mé problémové partie. To jsme měli doma taky rotoped, tak jsem na něm jezdila jako o život. No a vyplatilo se. Váha šla dolů, začala jsem sklízet úspěchy. Samozřejmě, že už v té době jsem byla totálně závislá na každodenním vážení, počítání kalorií, apod.“* Z tohoto výčtu se dá tedy usuzovat, že Pavla měla jistou posedlost hubnout. Velmi dobře to lze vidět na její závislosti denně se převažovat, počítat kalorie jídel, případně nadměrně cvičit. Pavla neuvádí, kolikrát denně cvičila. Avšak označení ''jezdila jako o život'' naznačuje také jistou závislost. Lze tedy říci, že ačkoli se pohybovala v relativně zdravém hubnutí, měla tendence věnovat mu přílišnou pozornost. Pavla dále uvádí, že se u ní začaly objevovat více a více chutě na sladké. Nejprve

odolávala, ale poté si sem tam dopřála. Tyto dietně volnější dny si dopřávala zhruba jednou týdně a zapisovala si do deníku váhové výkyvy. „*Po takovém dni mi váha stoupla třeba o 2kg.*” Těchto dnů začalo přibývat a Pavla začala opět ztrácet získanou kontrolu. Když se frekvence dnů, kdy si dopřávala své oblíbené dobroty, stupňovala, vyrojily se i obavy o nárůst hmotnosti. Pavla začala opět zvracet. Nyní si už zvracení vyvolala prstem v krku. Vzhledem k tomu, že byla zvyklá na jistou disciplínu, tyto stavy začala eliminovat. Znovu zvracet přestala. Pavla neuvádí, jak dlouho toto období trvalo. Dle jejího vyprávění lze usoudit, že to nebylo dlouhé období. Vyjadřuje zde touhu navrátit se k zaběhnuté disciplíně, jak své hubnutí pojmenuje. Vrátila se ke svému zdravějšímu životnímu stylu. Již je patrné, že je zde zvláštní postoj k jídlu. Je zde náznak, že ačkoli se Pavla snažila hubnout zdravěji, stále příliš redukovala potravu. Tato redukce ji dováděla k nezvladatelným chutím. Pavla měla zjevné tendence se přejídat.

Monika: V případě Moniky se experimenty s hubnutím příliš neobjevovaly. Naopak náznaky mentální anorexie poprvé přišly v neobvyklé formě. Na počátku nebyla nespokojenost se svou postavou, ale zvědavost. Uvádí, že v jedenácti letech ji přepadla touha vyzkoušet hladovku. Důvodem však nebyla potřeba zhubnout a zeštíhlet, ale chtěla si vyzkoušet, jaké to je nejíst. Inspirací jí byl pořad v televizi, kde byl vyobrazen muž, který hladovku držel. Rozhodla se to také zkusit a přestala jíst. „*Prostě jsem si dala třeba jedno kiwi a celej den jsem nejedla*” Tato hladovka jí vydržela celý měsíc Vzhledem k tomu, že v době, kdy začala úmyslně držet hladovku, netrpěla nadváhou, projevil se na ní úbytek potravy a zhubla. Tohoto úbytku váhy si všimla její rodina. Konkrétně matka, která ji začala nutit do jídla. „*Třeba si za mě stoupla a čekala, dokud nesním celou porci. Tak jsem to musela sníst a bylo mi z toho úplně špatně.*” Tento matčin postup ji přiměl opět jíst. Sama uvádí, že hlavním důvodem byla zvědavost. Chtěla si vyzkoušet, jak dlouho zvládne být bez jídla. Přiznává, že se pokoušela na sebe strhnout pozornost. Důvodem jsou špatné vztahy v rodině. Rodiče jsou rozvedení a otec s nimi nežije. Monika uvádí, že její matka je stále v práci a dle jejích slov si jí v té době vůbec nevšímala. Snažila se tedy vzbudit pozornost o svou osobu. To se jí také podařilo. Paradoxně jí zájem matky brzy omrzela a její kontrola, zda jí, se jí zprotivila. Začala tedy znovu jíst, aby ji přestala matka hlídat. Je možné, že již v této době se u Moniky objevilo jisté zalíbení nad odmítáním potravy. Otázka je, jak dlouho by byla schopná odpírat si potravu, pokud by její rodina nic nezpozorovala. Špatné vztahy v rodině tu v každém případě hrají významnou roli. Nebyla zde očividně odstraněna pravá příčina Moničiných problémů, protože jak je z jejího příběhu patrné, vztahy v rodině se nezlepšily. Dá se tedy předpokládat, že tato snaha na sebe upozornit, se může znovu projevit v budoucnosti.

- Stravovací porucha

Pavla: V období nástupu na střední školu se u Pavly projevila velmi zásadní změna. Svou pozornost věnovala novým přátelům a přestala se zaměřovat na hubnutí. Je zde překvapivý zlom, kdy se pro Pavlu z jídla stává radost. Není to už pouze předmět hubnutí či přejídání. „*U jídla jsme si povídali, byla sranda. Byla jsem klidná a v pohodě. Jedla jsem, co jsem chtěla, a bylo mi dobře, neměla jsem výčitky, že se nehlídám.*” Velký posun zaznamenala její psychika, kdy se od neustálého převažování a počítání kalorií, dostala až k užívání si jídla bez výčitek. Avšak Pavla postrádala tu pomyslnou brzdu, která by ji včas upozornila, že se pro změnu hrne do jiného problému v podobě nadváhy. „*Za dva roky na střední škole jsem šíleně přibrala. Bylo to dokonce přes deset kilo.*” Uvádí, že její váha činila 77 kg k výšce 173 cm, mírná nadváha tedy byla²⁹. Je patrné, že se Pavla stále nedokázala kontrolovat, ale jídlo kontrolovalo ji, ačkoli si to neuvědomovala. Tento váhový nárůst ji znovu přiměl hubnout. Pavla uvádí, že se jí toto hubnutí vymstilo. Nevrátila se k již kdysi zaběhnutému zdravějšímu hubnutí, namísto toho začala držet hladovky. „*Pamatuji si, že jsem i celý den prostě nejedla, abych zhubla. Večer jsem už doslova omdlávala, jak mi bylo špatně z hladu. Před rodinou jsem dělala, že jím, ale schovávala jsem si jídlo do ubrousku, nebo ho dávala psovi. Nechtěla jsem jíst.*” Zde je popsána velmi typická anorektická epizoda. Klamání rodiny, odpírání si jídla i za cenu malátnosti z hladu. Vědomé odmítání potravy za účelem hubnout. Pavla měla nakročeno do velkého problému. Pavla sama uvádí, že nebyla schopná si jídlo odepírat dlouho. Na místo toho, aby se pokusila jíst normálně, naplánovala si záchvatovité přejídání. Měla v úmyslu jít zvracet. Uskutečnil se zde přechod z náznaku anorexie do mentální bulimie. „*Do pokoje jsem si vzala všechny dobroty, na které jsem měla za ten den chuť s plánem je večer sníst. Samozřejmě součástí plánu bylo i zvracet.*” Projevuje se tu tedy maniakální postoj k jídlu, kdy Pavla vůbec nebrala v potaz i jiný způsob ukojení hladu, aniž by se musela přejíst. Pavla uvádí, že se u ní zvracení v plné míře objevilo v jejích sedmnácti letech. Místo hladovění se začala pravidelně přejídat a zvracet. Následek se dostavil v podobě úbytku váhy. Zde Pavla sama uvádí, že se bulimií nehubne. Důvod proč, se později dozvěděla z odborné knihy, jak uvádí. Je si tedy vědoma toho, že zvracení není v žádném ohledu účinné. Ani tento fakt ji nezastavil v následném zvracení. „*Vlastně jsem si i kolikrát říkala – neblbni, stejně takhle nezhubneš, ale zároveň jsem si i odpověděla – přece to v sobě nenechám, bolí mě z toho jídla břicho.*” U poruch příjmu potravy je iracionální jednání proti logice dotyčného zcela běžné. Svůj úbytek váhy si vysvětluje velmi četným zvracením. Uvádí, že zvracela i osmkrát denně a normálně téměř

²⁹ Orientační výpočet normální váhy lze vypočítat takto: Výška v cm – 100 = hranice pro normální váhu (např. 173 cm – 100 = 73 kg)

nejedla. Opakovaly se u ní velké záchvaty přejídání, kdy spořádala vše, co jí přišlo pod ruku. Zmiňuje, že tyto záchvaty sílily a stejně tak sílila i jejich objemnost. Tento způsob života se jí prodražil. Byla schopná utratit za jeden nákup i 500 Kč, někdy nakupovala do té doby, dokud měla peníze. „*Tyhle nákupy byly plánované*“ vysvětluje. Bulimie se u ní projevovala se všemi typickými příznaky. Jídlo si neužívala, jedla rychle a bez rozmýšlení. Pavla uvádí, že takový záchvat se u ní spustil na základě maličkosti. Někdy si prostě dala o kousek více, než si povolila. S jídlem roste chuť, a tak si Pavla vzala další kousek. Velmi často se přejídala až do fyzických bolestí břicha. Dostala se do fáze, kdy nemohla vydržet s vědomím, že toho tolik snědla. Šla zvracet. Na veřejnosti nejedla, zatímco doma se přejídala. O jejím onemocnění neměl nikdo dlouho povědomí. Velmi typické jsou pro bulimicky nemocné pacienty právě tajnosti a skrývání se. Pavla se zavírala v koupelně, kde zvracela, zatímco zbytek rodiny byl v jiné místnosti. Její záchvaty přejídání se množily a tak se množily i výmluvy, které používala, aby se mohla zavřít v koupelně a zvracet. Projevuje se zde urputná snaha skrýt své chování i za cenu lhaní svým blízkým. Pavla uvádí, že se stala posedlou. Schovávala si jídlo tajně v pokoji, aby na něj rodiče nepřišli. Z Pavlina vyprávění je patrná změna, kterou prošla v porovnání s počátkem a pokročilým stavem bulimie. „*Nejdřív jsem jedla, protože jsem nevydržela odolávat pro mě zakázaným věcem. Zvracela jsem, abych nepřibrala. Ale později jsem už zvracela, protože to byl můj zvyk. Potřebovala jsem se přejíst a pak zvracet. Nešlo už o to, že mám chuť na nějaké jídlo. Ani jsem si neužívala ten proces jezení. Házela jsem to do sebe jak blázen, skoro jsem nekousala.*“ Pavla se stala otrokem mentální bulimie. Čím více se u ní bulimie zhoršovala, tím méně zábran měla. Uvádí, že byla schopná zvracet všude, kde to bylo možné. Jako příklad uvádí restauraci či vlak plný lidí, kde také již zvracela. Pavla líčí tyto stavy jako zoufalství. Z jejího příběhu je patrné, že již nebyla schopná sama mít nad jídlem kontrolu. „*Udělal bych cokoli. Když jsem nemohla jít zvracet, například když byli všichni doma a věděla jsem, že už by mi to nemuselo projít, šla jsem třeba ven a zvracela do keře.*“ Člověk trpící PPP ztrácí schopnost jednat rozumně a chovat se racionálně. Uvádí, že se stala zcela posedlou a zajímala se jen o jídlo. Jmenuje závislost na Pro-ana webových stránkách, které četla velmi pravidelně a hledala na nich inspiraci, jak hubnout efektivněji. Popírá, že by kdy použila projímadla a diuretika, které na těchto stránkách doporučovali. Přesto byla závislá na čtení podobných článků a chápala ženy, které je píší. „*To byla svým způsobem droga. Ty články mě utvrzovaly v tom, že přibrat nesmím, protože to je opravdu špatné.*“

Monika: Od pokusů držet hladovku uplynulo několik let. První náznaky se projevíly v jedenácti letech, zatímco opravdové problémy přišly, když bylo Monice čtrnáct let³⁰. Monika uvádí, že se na sebe jednou podívala ve sprše a zjistila, že je dle svých slov tlustá. Toto zjištění v ní vyvolalo silné znepokojení. To ji přimělo okamžitě začít s redukční dietou. Tento pocit nespokojenosti se objevil z čista jasna. Monika uvádí, že do té doby svou váhu neřešila. Nepovažovala se za tlustou a už vůbec neřešila svou váhu. Přesto se u ní stravovací porucha projevila. Společně s nespokojeností ohledně vlastního těla, přišly i deprese a sebepoškozování. „*Možná jsem na sebe jen chtěla upoutat pozornost. Nemám přátele, rodiče spolu nejsou, takže tátu vůbec nevidím a matka na mě nikdy neměla čas.*” Tato snaha o pozornost je zvláště u mentální anorexie hojná. Mnoho dívek uvádí, že na počátku chtěly upoutat a strhnout na sebe pozornost okolí tak, že budou hubené. Objevuje se tu tedy znovu touha po pozornosti, která se Monice stále nedostávala. Je tedy viditelné, že Moničina psychická nepohoda se projevila v postoji k vlastnímu tělu. Je si vědoma toho, že v jejím případě hrála významnou roli psychika. Uvádí, že se stále prohlížela v zrcadle a nebyla spokojená s tím, co vidí. „*Bylo mi špatně z toho, co vidím. Nemohla jsem takhle vypadat, to ani náhodou.*” Uchýlila se k dietě. Slovo dieta je v tomto případě spíše diskutabilní, protože Monika se spíše než k dietě, uchýlila k hladovce. Zavedla si deník, kam si zapisovala snědené jídlo. Tento deník nazvala jako: NOVÝ ŽIVOT. Dále popisuje velmi typické schéma, které uvádí dívky s mentální anorexií. „*Nejdřív jsem začala vyhazovat svačiny ve škole, potom jsem přestala chodit na obědy, a byla jsem na sebe hrdá. V tu dobu jsem byla schopná vypít kakao denně a občas něco k večeři, začala jsem vynechávat snídaně. Jediný dny, kdy jsem jedla, byl víkend, kdy máma vařila společný oběd, který jsem jíst musela.*” U Moniky se shodně jako u Pavly objevuje záliba v různých internetových fórech a blozích zaměřených na štíhlost a hubnutí. I Monika uvádí, že se stala závislou například na fotkách, kde byly vychrtlé dívky. Tyto dívky popisuje jako dokonalé. Uvádí, že modelky jsou jejím vzorem. „*Je hezký, když je holka krásně štíhlá, má vyrýsované břicho, jsou jí vidět ty kosti pánevní. To se mi hrozně líbí.*” Otevřeně přiznává, že má negativní postoj vůči tloušťce. „*Nesnáším tloušťku, tlustý lidi atd. Není to pěkný, nikdo nemá rád tlustý lidi. Já taky ne a vadí mi, i když je někdo jen jako oplácanej.*” Monika je přesvědčená, že hmotnost je rozhodující a štíhlost je ekvivalent krásy. Je přesvědčená, že pokud by zhubla, mohla by být se sebou spokojenější. Sama uvádí, že v době, kdy vůbec nejedla, považovala jakékoli jídlo za své selhání. Byla schopná se i fyzicky potrestat. „*Vždycky, když jsem nevydržela a dala si třeba ten jogurt, tak jsem byla strašně naštvaná a nenáviděla jsem se. Stoupla jsem si před zrcadlo a znova se začala kontrolovat a říkat si, jak se ten jogurt ukládá a*

³⁰ Viz Příloha č. 4: Časová osa č.2 - Monika

jak jsem nechutná, že nedokážu ani nejíst. To jsem pak většinou šáhla po nůžkách na manikúru a škrábala si ruku. Nevím, proč jsem to dělala, ale uklidnilo mě to prostě.'' Toto fyzické trestání ji časem opustilo. Její nemoc se provalila, když jí jednoho dne matka spatřila nahou v koupelně. Do té doby úspěšně skrývala svou štíhlost pod vrstvami oblečení. Uvádí, že ji v tu chvíli vyděsilo, jak Monika vypadá. V té době vážila 44 kg. Lze tedy předpokládat, že byla velmi vyhublá, jak naznačuje i ona sama. Popisuje, že měla vystouplé kosti, vyhublé břicho, oblečení jí bylo volné. Dalo se tedy očekávat, že dříve či později, se o její nemoci dozví okolí a to i přesto, že se dosud snažila své vyhublé tělo maskovat volným oblečením. Moment, kdy ji matka spatřila nahou, pro Moniku znamenal obrat. Byla doslova donucena opět jíst. Vyděsilo ji, že by měla navštívit psychologa, a tak raději opět jedla. Je velice zajímavé, že Monika byla schopná opět začít jíst. Dle jejího vyprávění lze soudit, že měla již pokročilé stádium mentální anorexie, které se vyznačuje extrémní štíhlostí. Pro dívky v tomto stádiu bývá obtížné až nemožné opět jíst a to i přesto, že jim hrozí léčba u psychiatra či dokonce hospitalizace. Přesto u Moniky tato hrozba byla úspěšná a raději začala přijímat potravu. Sama přiznává, že jí dodnes, tři roky potom, co vážila pouhých 44 kg, stále matka převažuje a kontroluje, jestli jí. Dle jejích slov přibrala a již není vyhublá na kost. Projevil se tu však neblahý efekt, který je u těchto nemocí častý. Postupně, když opět začala jíst, se z anorexie dostala do mentální bulimie. *„Přejídala jsem se způsobem, na který moje tělo nebylo zvyklé, a začala zase nabírat.*'' Uvádí, že nejprve zvracela jídlo, které byla donucena sníst. Následně se však začala i sama přejídat. Monika uvádí, že se u ní záchvat zvracení objevuje zhruba jednou týdně.

- Vztahy s okolím

Pavla: V době počátku svých problémů měla přítele. Tento vztah ji vyčerpával a byl pro ni náročný. *„Utíkala jsem k jídlu, abych si něco vykompenzovala, myslím.*'' Kompenzace nespokojenosti v podobě jídla není nic neobvyklého. Příčiny PPP jsou často spojovány se stresovými situacemi, které se odrazí na vztahu k jídlu. Pavla uvádí, že během tří měsíců zhubla dvacet kilo. Tento váhový úbytek je poměrně radikální vzhledem ke zmiňovanému období. Zdravý úbytek váhy, který je obecně zmiňován, je zhruba 0,5 až 1 kg za týden. Pavla se dostala na váhu 57kg a začala vzbuzovat pozornost okolí. Hromadily se otázky, proč je Pavla tolik hubená. Změnila se i její povaha, kdy začala být neustále podrážděná a nepříjemná. *„Byla jsem už otrávená a naštvaná, když mi někdo vyčítal, že jsem jiná. Rozčilovalo mě to – „Copak jste nechtěli, abych byla hubená, když jste nadávali, že jsem tlustá? Tak co vám vadí?'' – takové jsem měla myšlenky.*'' Na Pavle se tedy začala projevovat bulimie se vším všudy. Podrážděnost a výbuchy vzteku jsou častým jevem u nemocných. Bývají hlavním důvodem narušení vztahů. Pavla se přestala stýkat s přáteli, začala být smutná a nezajímala se o nic jiného, než o jídlo.

„Neměla jsem na nikoho náladu. Starala jsem se jen o to, jak půjdu po škole do krámu, nakoupím si jídlo, které mám ráda a pak ho doma vyzvracím. Doslova jsem se na tyhle nákupy těšila.“ Jídlo přebralo nad Pavlou naprostou kontrolu a stalo se jejím jediným objektem zájmu. Začala se postupně izolovat od svého okolí. Hádky s rodiči sílily. Pavla uvádí, že se hádala nejen s rodiči, ale i se zbytkem svého okolí. Posedlost jídlem jí narušovala vztahy výrazně. Nebyla schopná myslet na něco jiného, než na jídlo. V této souvislosti jsem se zeptala, zda se mentální bulimie projevila na jejím sexuálním životě. Tato otázka Pavlu trochu zarazila a donutila se zamyslet. Pavla uvedla, že v době, kdy výrazně zhubla, s intimitou problémy neměla. Nestyděla se za své tělo. Toto tvrzení je u žen s bulimií často vzácné. Většinou se za své tělo stydí a nejsou s ním spokojené. Pavla i přesto, že stále zvracela a přejídala se, již se svým tělem problém neměla. Na mou otázku odpověděla jasně. *„Neřekla bych, že se to v mém případě nějak výrazně projevilo.“* Zde tedy porucha příjmu potravy neovlivnila sexuální život, jak se to děje například u anorexie.

Monika: Slova Moniky i Pavly jsou v této oblasti velice podobná. I Monika uvádí, že se její vztahy výrazně zhoršily. Vysvětluje, že byla podrážděná, vše jí rozčilovalo. Zmiňuje hlavně vztah s matkou, který se zhoršil, když ji začala nutit do jídla. *„Stála za mnou jako bachař. To prostě nenávidím do teď, když se nutí do jídla.“* Podrážděnost se projevila hlavně v souvislosti s jídlem, kdy Monika velmi nelibě nesla například otázky, zda hubla a jestli jí. Tyto otázky se hromadily nejen v rodině, například ze strany babičky, ale také ve škole. Přátelé si všimli, že s nimi nechodí na obědy do školní jídelny. Monika se vymlouvala a hledala důvody, jak se obhájit. Vedlo to až k tomu, že se distancovala od svých přátel a postupně se začala izolovat. *„Kámošky chtěly pořád chodit někam na diskotéky, nebo na jídlo. Jídlo nepřipadá v úvahu a na žádnou diskotéku bych nešla. Po alkoholu se přibírá jako blázen, takže nepiju. Kluci mě nezajímají.“* Monika otevřeně přiznává, že ztratila jakýkoli zájem o své přátele a zájem o opačné pohlaví neměla. Tato podrážděnost, která vede postupně k izolaci je bohužel také velmi typická a běžná. Jídlo se lehce stane hlavní prioritou dotyčného. Projevil se u ní nezájem o opačné pohlaví, místo toho byl její zájem zaměřen pouze na jídlo. Z toho důvodu jsem jí nepokládala otázku, zda její problémy s jídlem ovlivnily sexuální život. Monika sama uvádí, že dosud přítele neměla. *„Kluci mě nezajímají, možná až zhubnu, tak si nějakýho najdu, ale do té doby nemám zájem.“* Lze tedy říct, že je svými problémy ovlivněná i přesto. Necítí se spokojená se svým tělem, a tudíž nehledá ani přítele. *„Jak bych se asi mohla někomu líbit s takovým břichem? Ani za nic na světě bych nechtěla kluka, protože by viděl, jak jsem hrozná.“* Ovlivnění stravovací poruchou tu tedy beze sporu je. Vzhledem k tomu, že se Monika dobrovolně uvrhla do izolovanosti, nabízela se otázka, zda jí tento stav vyhovuje. Monika

doslova uvedla, že čas tráví převážně sama v pokoji. „*Holky ze školy jsou totálně mimo prostě. Třeba o přestávkách chodí do bufetu a nacpou se bagetama a vším možným. To jim nevadí, že jsou tlustý? To jim nevadí, že to má milion kalorií? No to prostě nepochopím. Takže to mi vůbec nevadí, že jsem pořád u sebe. Já si chatuju s dalšíma holkama, co mají třeba anorexii nebo bulimii a pokecám s nimi. To mi i vyhovuje, protože alespoň chápou, co řeším já.*” Tato izolovanost, kterou si Monika sama působí, může být velmi nebezpečná například v tom, že ji o to více uvrhuje do problémů, kterými trpí. Pokud se distancuje od “zdravých lidí” a komunikuje pouze s těmi, co také trpí PPP, je pravděpodobné, že se bude nadále ve svých problémech s jídlem utvrzovat. Zvláště pokud se ani ostatní dívky, se kterými si dopisuje, nechtějí léčit. Monika uvádí, že tyto dívky poznala na internetu a mnoho z nich má vlastní Pro-ana blog. Sama uvádí, že na počátku svých obtíží s jídlem na těchto blozích s ostatními dívkami porovnávala, která toho sní méně. Hrozí zde o to vyšší riziko, protože Monice tato izolovanost vyhovuje a je takto spokojená.

- Zdravotní komplikace

Pavla: Záchvatovité přejídání a zvracení si vybírá svou daň. Lidský organismus nemůže dlouho vydržet takovéto stavy bez újmy. Ačkoli Pavla uvádí, že se u ní neprojevíly zásadní zdravotní komplikace, jmenuje i ona následky, které na sobě pociťovala. „*Začala se mi točit hlava, bylo mi celkově slabo a špatně. Motala jsem se. Zatmělo se mi před očima. Po zvracení se mi i častokrát stalo, že jsem se celá rozklepala, začalo mi hučet v uších, zatmívalo se před očima. Měla jsem strach, že omdlím.*” Dále Pavla uvedla, že pociťovala neustálý chlad a byla ji zima i v teplých místnostech. Uvádí, že si není vědoma jiných zdravotních následků. Pavla vysvětluje, že jí její zdraví nebylo lhostejné, jak se může na pohled zdát. „*Nejde si říct: Tak a teď už budu jíst normálně! – respektive si to řeknete, ale vydrží to třeba jedno dopoledne. Já jsem si stokrát možná tisíckrát říkala, že už takhle nemůžu žít dál, že to okamžitě musí přestat. Jenže je s vámi ten hlásek, který našeptává pořád to samý: „Dej si ještě kousek, je to moc dobré. Dej si, dej si, dej” – a potom, jakmile si opravdu to jídlo dám, už mluví jinak: „Jak si to mohla sníst? Přibereš, to ti nevadí? Zbav se toho.” – a tohle všechno se honí hlavou a nejde se toho zbavit.*” Tato slova jsou jistě určitým důkazem toho, že mentální bulimie je nemoc psychická, která se projevuje fyzickými obtížemi. Pavla nebyla schopná vrátit se k normálnímu stravování. „*Já jsem chtěla žít a jíst normálně, chtěla jsem být zdravá. Jenže je to silnější než ta potřeba být zdravý a ochránit svoje tělo před tímhle vším. Prostě jsem nemohla přeci přibrat.*”

Monika: Moničin popis zdravotních obtíží je velmi strohý. Uvádí, že se u ní žádné vážné zdravotní komplikace neprojevily. Nedostatkem potravy pociťovala často malátnost, kterou zaháněla tím, že si vzala něco malého k jídlu „*Když mi bylo špatně, na omdlení, dala jsem si třeba jeden piškot, nebo jeden dílek mandarinky.*” I u Moniky se projevila zvýšená citlivost na chlad. Přiznává, že jí byla často zima, a proto chodila zahalená v mikinách. To je u anorektických pacientek velmi běžné. Mizivé množství tuku způsobuje zvýšenou citlivost na chlad. Monika ve svém nejhubenějším období vážila pouhých 44 kg, což je k poměru k výšce 172 cm velmi málo. Odpovídá to BMI 15, to je již velká podváha. Záleží také na tom, jak dlouho své tělo trápila hladu. Vzhledem k tomu, že svým vyhublým tělem upoutala pozornost a byla donucena opět jíst, mohlo se jejím fyzickým obtížím včas předejít. Zvláště vypadání vlasů, lámání nehtů a vymizení menstruace je u podvyživených dívek velmi časté. Monika neuvádí, jak dlouho byla takto podvyživená. Pouze říká, že její váha šla měsíc rapidně dolů. Její obtíže se projevily mnohem více v oblasti psychické. V kontrastu s Pavlou, která opakuje, že chtěla být zdravá a své tělo přestat trápit, je u Moniky protiklad. Monika byla se svou nízkou váhou spokojená a i teď zpětně by ji ráda získala zpět.

- Léčba

Z výpovědi Moniky i Pavly lze vyčíst mnoho opaků a rozlišností, přesto však mají jednu věc společnou a to postoj k léčbě. Zatímco Pavla léčbu podstoupila nedobrovolně, Monika otevřeně přiznává, že se léčit nechce a nebude.

Pavla: Na Pavliny problémy s jídlem se nakonec přišlo. Pavla uvádí, že svou nemoc dokázala tajit zhruba půl roku. Poté ji rodina přistihla přímo při zvracení. Nebylo pro ni možné se nadále vymlouvat a zapírat svůj problém. V tomto případě tedy musela nastoupit příslušná léčba. Pavla se od obvodního lékaře dostala až k psychiatrovi. Podstoupila léčbu farmaky. Byla ji předepsána antidepresiva, ke kterým nemá dodnes kladný vztah. Celkově léčbu antidepresivy popisuje jako neúčinnou. „*Antidepresiva jsem brala taky, jak se mi zachtělo. Někdy jsem na ně úplně zapomněla. Mohlo to být i tím, ale jsem obecně proti těmto lékům. Nemyslím si, že antidepresiva jsou dobrým způsobem, jak vyléčit lidskou mysl.*” Pavla uvádí, že se na své léčbě příliš nepodílela. Docházela na sezení k psychiatrovi, ale nesvěřovala mu svůj skutečný stav. Svou léčbu popisuje jako pravidelná desetiminutová sezení, při kterých dostala recept na antidepresiva a odešla domů. Uvádí, že lékaři na jeho otázky o tehdejší stavu nemoci odpovídala lživě. Nechtěla se svěřit cizímu člověku. V tomto případě je jistě důležité vytvořit důvěryhodný vztah mezi terapeutem a pacientem, aby mohlo být dosaženo cílených výsledků. Zde tento vztah zjevně vytvořen nebyl. Pavla však sama uvádí, že na tomto faktu nese vinu.

„Uznávám, že asi pan doktor nemohl být moc nápomocný, když jsem se mu nesvěřovala, jak to semnou doopravdy je.“ Klamala dále své okolí včetně lékaře tím, že zatajovala své zvracení. Uváděla v omyl okolí a utvrzovala je, že se už ní bulimie zlepšuje. *„Stále jsem docházela k panu doktorovi, dostávala recepty na antidepresiva a dál žila jako předtím. Jednou jsem šla od doktora rovnou do krámu a koupila si tašku jídla. Jak ta taška dopadla, asi nemusím vysvětlovat.“* Pavla se tedy odmítla pokusit léčit i přesto, že si byla svých problémů vědoma. Během rozhovoru se Pavla sama pokusí bránit dojmu, který lze nabít při jejím vyprávění. Chce ujistit, že se nesnažila zůstat nadále nemocná i přesto, že se tak chovala. *„Přála jsem si moc být zdravá, ale asi jsem myslela, že se jednoho dne probudím a bulimie bude pryč. Nesebrala jsem v sobě to odhodlání něco změnit. Nevěřila jsem, že to dokážu.“* Pocity neschopnosti něco změnit jsou u mentální bulimie častým jevem. Pavla nevěřila, že by mohla být v léčbě úspěšná a zbavit se své nemoci. Dále v rozhovoru dodává, že si umí představit život bez bulimie. Z druhé strany o úplném vyléčení přesto pochybuje. *„Čemu nevěřím je, že se může člověk zbavit bulimie ve své hlavě. Nikdy se mi nestalo, že bych začala jíst a hlavou by mi neprojela myšlenka: „Dělám dobře? Nepřiberu? Kolik to má asi kalorií?“ A to je ten způsob myšlení, který se podle mě vyléčit nedá.“* Pavla tedy zcela otevřeně naznačuje, že bulimie není pouze záchvatovité přejídání a následné zvracení. Je to mnohem komplexnější onemocnění, které se projevuje závažnými změnami v myšlení dotyčného. Pavla přiznává, že trpí bulimií sedm let. Dále upřímně přiznává, že se nemá momentálně v plánu léčit. Snaží se svou nemoc zvládat sama bez pomoci odborníků. *„Neumím si představit, znovu docházet za psychiatrem. Opět by mi dal prášky. Ani nemyslím, že jsem případ do nemocnice. Tam patří jen závažný stavy. Hledám očividně důvody, proč se neléčit.“*

Monika: V této oblasti je Monika podstatně více kategorická, než Pavla. Bez vytáček přiznává, že se léčit rozhodně nechce. *„Nikdy jsem se léčit nechtěla, nikdy se chtít léčit ani nebudu. Nechci se uzdravit z vlastní vůle.“* Dále dodává, že s léčbou nemá žádné zkušenosti. Bylo období, kdy jí rodina navrhovala léčbu u psychiatra nebo lékaře, ale jak lze vytušit z vyprávění, nikdy k tomu nedošlo. To ostatně potvrzují i její slova, kdy přiznává, že má k anorexii kladný vztah. Lze tedy očekávat, že se nebude chtít léčit. Sama uvádí, že v období, kdy nejedla, byla spokojená a srovnává to s nynějším obdobím, kdy je naopak v depresích, protože jí. I Monika projevuje své upřímné pocity ohledně možnosti se zcela ze stravovacích poruch vyléčit. V této oblasti je její výpověď podobná, jako u Pavly. *„Hlavně si myslím, že je to trochu jako s drogami. Vyléčený do toho může s jakoukoli horší náladou zase spadnout a nedá se to vyléčit nebo se toho zbavit na vždycky. Vždycky ten člověk bude už jinej a přemýšlet jinak, než ostatní. To podle mě, ale každá holka s poruchou příjmu potravy sama dobře ví.“* Je

zde tedy vyjádřeno, že převrácené myšlení i po vyléčení, zůstává. To lze samozřejmě s těžší dokázat, vzhledem k tomu, že i Monika není stále v této oblasti zdravá. Její případ je o to zvláštní, že na rozdíl od jiných anorekticky nemocných, jí. Nejí však dobrovolně, ale protože je k tomu nucena protektivní matkou. Vidím zde tedy atypickou mentální anorexii s etapami mentální bulimie.

- Současný stav

. V případě obou žen lze říci, že současný vztah je podobný. Jak Pavla, tak ani Monika se nepovažují za zdravé. Pavla stále trpí mentální bulimií, kdy se u ní záchvaty přejídání objevují nepravidelně, ale stále objevují. Naproti tomu Monika uvádí, že nyní jí normálně, ale každé sousto ji uvrhuje do výčitek a depresí, kdy se za každou kalorií trestá pohybem.

Pavla: Nyní se Pavla snaží jíst zdravě a omezit záchvatovité přejídání na minimum. Přiznává, že se u ní zvracení objevuje v etapách. „*Jsem schopná třeba měsíc nezvracet. Pak zase se to spustí a zvracím třeba 4 krát do týdne. A pak zase klid. Někdy, když mě přemůžou chutě, se prostě přejím a zvracím a pak zase jím normálně. Tohle je můj nynější stav. Asi to není typické jako z učebnice, ale tak to mám.*” V Pavlině příběhu je možné všimnout si jistých pravidelností. Během životních změn, jako jsou přechody na nové školy, setkání nových přátel apod., se u Pavly bulimické chování umírňuje. Naopak se stejnou pravidelností se vrací zpátky, jakmile na její postavu někdo utrousí poznámku. Příkladem Pavla uvádí moment, kdy opět prožívala své bulimicky klidnější období. Na vysoké škole se téměř nepřejídala a neřešila svou postavu. „*Potom ovšem někdo z okolí pronesl narážku, něco ve smyslu, že se zase moc nehlídám a je to vidět. Myslím, že to byl souseď, co k nám přišel na návštěvu. Dlouhou dobu mě neviděl a všiml si, že jsem přibrala. To mě zarazilo. Tak jsem začala opět hubnout.*” Nárůst váhy byl 5-6 kilo, tedy nijak velký. Znovu však jedna poznámka dovedla Pavlu k rozhodnutí začít hubnout. Je zřejmé, že tyto komentáře se u ní projevují v extrémních reakcích. Sama Pavla si to uvědomuje. „*Je to šílené tohle. Na jednu stranu ti lidi vyčítají, že jsi moc hubená, pak přibereš a slyšíš, že se nějak moc zakulacuješ. A kdo má být v tomhle světě zdravý? I kdybych se já sama neřešila, tak mě pořád řeší okolí. Já jsem na tyhle poznámky citlivá, takže to padá na úrodnou půdu.*” Pavla opět začala hubnout, tentokrát se jí podařilo hubnutí udržet v jistých mezích, aniž by několikrát denně zvracela. Nyní je již schopná se najíst normálně, aniž by se musela vyvracet. Sama i vidí velký posun ve svém postoji k jídlu. Na rozdíl od minulosti, kdy se jídlem trápila, jí nyní činí radost. Je schopná se najíst i nezdravých a tučných potravin a nezvracet po nich. Považuje to za vítanou změnu, ale není schopna vysvětlit, co k této změně přispělo. Také jí už nevadí, když někdo před ní jí nezdravá jídla. Nepocítuje vztek, a jak sama

uvádí, je jí to již jedno. Vztahy s okolím zaznamenaly pozitivní změny. Nyní, kdy je Pavlina bulimie více méně umírněná, je na tom psychicky mnohem lépe. Podle jejích slov už není depresivní, úzkostná a zaměřená na zvracení, jako tomu bylo kdysi. Vztah s rodiči se zlepšil a má i nového přítele. Otevřeně přiznává, že lidé, se kterými se nyní stýká, o jejích problémech neví. „*Nemám ani potřebu jim to říkat. Není to něco, co by člověk vytruboval do světa.*” Pavla přiznává, že rodiče stále žijí v nevědomosti o jejím současném zdravotním stavu. Věří, že je zcela zdravá. Nyní Pavla žije s přítelem, který o problémech ví. Proměnilo se i Pavlino vnímání vlastního těla. Na samém počátku své tělo nesnášela, proto začala hubnout. Postupem času, kdy zhubla, nepocítovala za své tělo stud. To je jistě u žen s PPP neobvyklé. Většina dívek se za své tělo stydí, ačkoli jsou velmi štíhlé. Nyní Pavla připouští, že není se svým tělem zcela spokojená, ale v mnohem nižší míře, než tomu bylo kdysi. „*Co se váhy týče, s tou jsem více méně spokojená. Vážím víc, než v nejhubenějším období a zároveň ne tak moc, abych měla nutkání hubnout. No možná to jedno kilo by mohlo dolů, ale která ženská to o sobě neřekne? To je právě to. Většina se sebou nejsme spokojení. Ale své tělo mám více méně ráda. Někdy méně, někdy více.*”

Monika: Monika také překonala své nejhorší období, kdy vážila pouhých 44 kg k výšce 172 cm. Uvádí, že jí, ale jídlo nečiní radost. Naopak otevřeně projevuje negaci vůči jídlu i vlastnímu tělu. „*Jídlo nesnáším. Štve mě, že musím jíst. Depky mám pořád. Hlavně z jídla a ze svého těla, prostě mě rozčiluje, že jsem musela přibrat a, že už nejsem tak hubená, jako předtím. Pořád myslím na jídlo a jsem posedlá štihlostí. Myslím furt na jídlo, ale když mám jíst, tak ho zase strašně nesnáším a jíst vůbec nechci*” Monika uvádí, že sice jí, ale je zřejmé, že by nejraději nejedla. Jedinou výjimkou je pečení, které v ní budí touhu ochutnat, co vytvořila. Je dále hlídána svou matkou, která ji pravidelně převažuje a kontroluje, zda Monika jí. Sama uvádí, že pokud by od toho upustila, pravděpodobně by znovu jíst přestala. Moničin postoj ke svému tělu je také velmi negativní. „*Nenávidím svoje tělo. Je to hnus se na sebe jen podívat do zrcadla. Nejradši bych vzala nůžky a odstříhla si špeky. Nenávidím svůj obličej, každou pihu. Nejvíc svoje stehna, obrovský břicho, tlustý paže.*” Je zde patrný silný odpor vůči vlastnímu tělu. Monika své tělo nepřijímá a nejraději by ho celé změnila. Nedostatek sebelásky je zde více než zřejmý. Lze potvrdit, že poruchy příjmu potravy jsou poruchy psychické. Na příkladu Moniky je jasné, že ačkoli na pohled jí, stále se u ní projevuje nespokojenost s vlastním tělem, která se pravděpodobně bude nadále projevovat. Je velice pravděpodobné, že se u ní mentální anorexie projeví i s fyzickými projevy, pokud se nezmění, její postoj vůči vlastnímu tělu. Monika také přiznává, že se u ní objevují etapy mentální bulimie, kdy ji přepadne tzv. záchvat žravosti. Tyto záchvaty ji přepadají dle jejích slov jednou týdně. Nejen, že veškeré takto

strávené jídlo vyzvrací, ale výčitky svědomí jí dohání i do užívání laxativ. Sama si je vědoma toho, že jsou nebezpečná, ale zároveň uvádí, že se na jejím zdraví dosud nijak negativně neprojevila. Tyto prostředky užívá vždy po zvracení, aby si dodala pocitu klidu, že nepřibere na váze. Uvádí, že vždy, když se přejí, má vůči sobě velmi negativní pocity. Vyčítá si své chování.

- Porucha příjmu potravy očima nemocné

Pavla: Zde chci uvést citaci Pavliných slov, které dle mého názoru nepotřebují dále rozvádět. Je zde popsán pohled Pavly na onemocnění formou vzpomínek na pro ni nejhorší období. „*Opravdu jsem v té době neměla vůbec rozum. Veškeré logické myšlení tyhle nemoci tlumí. Člověk nepřemýšlí rozumně. Udělá všechno proto, aby se mohl zbavit snědeného jídla. Člověk se uchýlí i k odpornostem, jen aby nepřibral. Nevidí, neslyší. Jediné, co řeší, jsou kalorie, jídlo a váha. Byla jsem pořád smutná, snadno jsem se rozbrečela. Vše mi připadalo zoufalé, beznadějně. Ztratila jsem radost ze života.* Pavla se během rozhovoru pokusila odpovědět na otázku, co způsobilo její onemocnění. Jako spouštěcí mechanismus uvádí jízlivé poznámky okolí. „*Považuji za příčinu svou nadváhu, která vyvolala komentáře lidí, kteří mi pomohli si uvědomit, že být tlustá v tomto světě je za trest.*“ Jak již je uvedeno výše, faktorů bylo několik. Nezdravé stravovací návyky, sociální a kulturní tlak a přecitlivělost.

Monika: Moničin pohled na nemoc je zcela odlišný, dá se říct, že je přímým opakem. Považuje mentální anorexii za svého přítele a projevuje kladné emoce, což nebývá tak neobvyklé. „*Mám anorexii ráda. A proč ne? Vždyť já tak byla šťastná, když jsem nejedla. Nevnímám ty poruchy jako něco špatného. Teda bulimii jo, tu fakt nesnáším, protože zvracení a přecpávání se je odporný. Nechápu anorexii jako nepřitele, ale jako spojence. Kdo by chtěl být tlustej přeci? Anorexii pomáhá v hubenosti.*“ Monika vysvětluje, že během doby, kdy byla nejhubenější, se sebou byla spokojená, líbilo se jí její tělo a nevnímá nic negativního v souvislosti s anorexií. S tímto postojem se lze setkat například na Pro-ana stránkách, kde je tento životní styl podporován a dokonce propagován. Zmiňuje, že sice byla více podrážděná, ale sama dodává, že tato podrážděnost u ní přetrvává dodnes. Zeptala jsem se Moniky, co vidí jako příčinu svých stravovacích obtíží. Odpověděla, že je to v první řadě nespokojenost s vlastním tělem, které nenávidí. Sama se během rozhovoru nazve „oteklým prasetem“.

- Rady od nemocné nemocným

Pavla: Pavla se nejprve nad touto otázkou chvíli zamyslela, nebylo pro ni snadné odpovědět. Nakonec sama varuje před propagací štihlosti v médiích. „*Vypnout tu televizi, kde vychvalují vychrtlou holku. Za sebe radím i nedívat se na soutěže jako je Miss apod. Mně*

rozhodně takové pořady nepřidaly. Poměřovala jsem se s těma holkama, porovnávala, o kolik vážím víc atd. Takže nemocným holkám bych poradila, aby se pokusily ignorovat články a pořady, které je vedou na scestí'' vysvětluje s naléhavostí v hlase. Je si vědoma toho, že sociální a kulturní tlak na štíhlost je v naší společnosti silně zakořeněn. Dodává, že i ona sama byla ovlivněna okolím. „Kdyby mě ostatní neřešili, asi bych se taky neřešila. Celkově se lidi vzájemně příliš řeší. Kdo, jak vypadá, kdo zhubnul, kdo by zhubnout měl. Je toho hodně, co lidi sledují. Já jsem se díky tomu taky začala sledovat. Byla jsem nespokojená, protože ostatní se mnou byli nespokojení. '' Sama přisuzuje velký díl i vlastní povaze. Považuje se za příliš citlivou a kritiku své postavy či váhy nelibě přijímá. Přesto dále dívkám radí ignorovat poznámky svého okolí a zabránit jídlu, aby nad nimi přebralo kontrolu. Sama uvádí, že shozená kila štěstí nepřinesou a důležité je jíst s mírou, ale rozhodně jíst. Vyjadřuje lítost nad tím, že si svá slova nebere více k srdci sama. Vyjadřuje naději, že se této nemoci dívky vyhnou. „Snad můžu jen doufat, že je to nepotká. A pokud ano, že se dokáže uzdravit. ''

Monika: Vzhledem k tomu, že Monika si je vědoma toho, že ani ona není zdravá, i pro ni nebylo lehké tuto otázku zodpovědět. „Rady jako ''navštívit psychologa'' mi přijdou zbytečné. Sama bych se tím nikdy neřídila. Protože nejsem úplně v pořádku, nemám, co poradit. ''

Obě ženy si uvědomují své problémy. Projevují pokoru, když připouští, že nejsou vhodnými adeptkami, které by mohly radit ženám nemocným PPP. Nejsou stále vyléčené a léčbě se samy brání. To je zcela určitě logický postoj, přesto si myslím, že právě ony chápou tyto nemoci nejlépe, protože je důvěrně znají.

5.8 Diskuze s literaturou

V této podkapitole se budu věnovat porovnání zjištěných informací z interview s odbornou literaturou. Rozhodla jsem se pro postup dle výše uvedených kategorií, které usnadní přehlednost a umožní tak logickou posloupnost.

- Okolnosti vedoucí k prvnímu hubnutí

Pavla: Odborná literatura se v mnoha případech shoduje na jistém schématu, které dovádí ženy a dívky k chorobnému postoji k jídlu. Pavla ve svém příběhu zmiňuje několik příčin, které u ní spustily touhu po hubnutí. Důležitým faktorem byla nadváha, která se odrážela na jejím sebevědomí. Lze se tedy domnívat, že zde je podstatná rodina a nezdravé stravovací návyky v ní, které vedly k Pavlině nadváze. Papežová (2003) vysvětluje, že v rodinách bulimických pacientek jsou nesprávné jídelní návyky velmi častým jevem. Pod nesprávnými návyky si lze představit nepravidelnost v jídlu, nadbytek tučných potravin, přejídání se, držení diet apod. To

vše vede k nezdravému postoji k jídlu, který se může projevit například obezitou. O obezitě hovoří i Leibold (1995), který v souvislosti s ní upozorňuje na již existující závislost na jídle, která stojí v jejím pozadí. Tato závislost se zpravidla objevuje již v dětství. Dítě pokud získá nezdravé postoje k jídlu, zpravidla se s ním tyto postoje táhnou celý život. Jak Leibold (1995) dále dodává, mohou i znamenat vstup do manické závislosti na jídle. Pavla uvedla, že jí nadváha působila utrpení. Nadváha je podle Leibolda (1995) velmi častým původcem problémů, které vznikají s konfrontací ideálu štíhlosti ve společnosti. Lidé mají tendence utíkat před těmito problémy k přejídání a tím se uchylují hlouběji do své závislosti na jídle. Důsledkem je vznik komplexů a nespokojenosti s vlastním tělem. To se odehrálo i v případě Pavly, která se potýkala s posměšky na svou postavu, a to jí uvrhlo do velkých komplexů. O těchto poznámkách, které se nepříznivě odráží na psychice dotyčného, hovoří například Fialová (2006) a Cassuto a Guillou (2008). Zmiňují, že tyto urážlivé reakce okolí jsou často zmiňované nemocnými s PPP. Fialová vysvětluje, že dnešní společnost je silně zaujatá proti obezitě. Toto zaujetí se vytváří již od dětství, kdy si již malé děti myslí, že tlustí lidé jsou neschopní. Cassuto a Guillou k tomu dodávají, že tyto jízlivé komentáře a narážky mohou silně poznamenat psychiku dotyčného, u kterého může později vzniknout maniakální postoj k jídlu. Pavla se tedy uchýlila k dietám, aby se zbavila svých nadbytečných kil. Krch (2002) potvrzuje, že redukční dieta v naprosté většině případů je častým původcem následných problémů s jídlem. Zvláště pokud se dotyčný člověk uchýlí k dietě, která je v rozporu se zdravím. To se odehrálo i v případě Pavly, která se vydala cestou nezdravých diet. Počátky Pavlina příběhu odpovídají velmi názorně odborným publikacím, není zde patrný rozpor. Naopak je tu názorně vidět běžné schéma, které je uváděno v souvislosti s PPP. Pavla se vlivem nezdravých diet propracovala k epizodám mentální anorexie. Snažila se nejíst, aby zhubla. Tyto snahy se v jejím případě neuplatnily, což mělo za následek nezvladatelné chutě k jídlu způsobené hladem. „*Ti neúspěšní se začínou z hladu přejídat*“ (Krch, Richterová, 1998, s. 17). Pavla se několikrát přejedla a následně jídlo vyvracela. Považovala to za způsob efektivního hubnutí. V odborné literatuře se autoři často shodují na tom, že mentální anorexie přechází v mentální bulimii. Bulimické pacientky mívají zkušenosti s anorektickými epizodami, jak například uvádí Krch (2005) nebo Papežová (2000). K této problematice se vyjadřuje i Koutek (2001), který uvádí příkladem svá pozorování, ve kterých se celých 100% bulimiček přiznává k alespoň krátkým epizodám mentální anorexie. Pavla se dokázala sama z těchto epizod vymanit a ukončila své dietní snahy. Toto odeznění příznaků nebývá příliš zmiňováno v literatuře, kde se častěji popisuje průběh rozvinuté nemoci. Přesto je patrné, že Pavlin postoj k jídlu byl již narušen a toto odeznění lze považovat za jisté „ticho před bouří“. Pavla se komplexů ze své postavy nezbavila a dále zmiňuje opětovné snahy

hubnout, které následovaly. Spouštěčem je tu opět reakce okolí. Pavla o sobě otevřeně přiznává, že je velmi citlivá a kritiku si bere osobně, zvláště týká-li se tato kritika její postavy. Objevuje se u ní tedy zranitelnost, která pramení z nejistoty ohledně sebe sama. Papežová (2003) uvádí, že tato nejistota se projevuje navenek zvýšenou snahou zalíbit se ostatním. Vykazují ji dívky jak s mentální anorexií, tak s mentální bulimií. Tato zranitelnost jde ruku v ruce se sebekritičností a závislostí na názoru jiných lidí. Vágnerová (2008) v této souvislosti jmenuje i nízké sebevědomí a snahu dosáhnout socio-kulturně žádoucí normy. V této souvislosti tedy Pavlina osobnost odpovídá profilu, který je v souvislosti s poruchami příjmu potravy zmiňován. Pavla se ve snaze hubnout uchýlila k jinému způsobu hubnutí, bez drastických diet. Přesto je z jejího popisu patrné, že Pavla věnuje hubnutí přílišnou pozornost. To se projevuje v neustálém převažování, kontrole kalorií a celkovému zvýšenému zájmu o jídlo. O těchto příznacích hovoří například Krch (2002). Ačkoli se tedy Pavla vydala zdánlivě správným směrem, vykazovala známky nesprávného postoje k jídlu, který si s sebou nesla již od dětství. Leibold (1995) v této souvislosti zmiňuje narušené uvědomování si vlastního těla, které vzniká zpravidla v dětství. Tento postoj se projevuje tím, že tělo je zamítáno a jeho přirozené potřeby jsou podrobeny přísné kontrole. Tento narušený pohled na vlastní tělo je důsledkem nepřátelského postoje společnosti vůči tělu jako takovému, jak Leibold (1995) dodává.

Monika: Počátky hubnutí u Moniky jsou svým způsobem nezvyklé. V jejím případě tu není snaha změnit své tělo a shodit kilogramy, ale zvědavost, zda dokáže nejíst. Sama přiznává, že v pozadí stojí pravděpodobně touha po pozornosti, které se jí nedostává. Vidím tedy držení hladovky spíše jako důsledek vztahů v rodině, který je zjevně centrálním problémem. Zatímco odmítání jídla je spíše pomyslné volání o pozornost. O tomto nedostatku v oblasti citů odborná literatura hovoří hojně. Fialová (2006) zmiňuje, že si tento nedostatek mnohdy nemocné dívky ani neuvědomují, ale reagují na něj například odmítáním potravy. Věří, že pokud se odliší, například, že výrazně zhubnou, okolí si této změny všimne a bude na ni reagovat. To se odehrálo i v případě Moniky, kdy si její matka zpozorovala, že přestala jíst. Pomyslně se jí tedy dostalo pozornosti, po které toužila, protože ji matka začala kontrolovat a hlídat, zda jí. Tato pozornost, kterou původně chtěla, se jí dostavila formou, která jí byla nepříjemná. Papežová (2000) uvádí, že je v první řadě důležité zlepšit komunikaci v rodině a pokusit se napravit vztahy, které nefungují, jak by měly. Velmi účinná může být například rodinná terapie, která se zaměřuje právě na nefungující vztahy v rodině, které působí nemocnému stres. Tento stres, který může být způsoben například zklamáním, nedostatkem lásky, pozornosti apod. může, jak Papežová (2000) dále uvádí, zvláště u disponovaných jedinců spustit mentální anorexii. Vzhledem

k tomu, že se zde neodstranila pravá příčina Moničiných problémů, bylo více než pravděpodobné, že se podobné situace budou opakovat.

- Stravovací porucha

Pavla: Popis průběhu mentální bulimie je zde velmi typický, lze ho považovat za učebnicový. Pavla se během určité doby přestala v jídle kontrolovat, až se její váha vyšplhala o zhruba deset kilo výš. Tento nárůst ji přiměl znovu hubnout, ovšem vrátila se k epizodám mentální anorexie, kdy si jídlo převážně odpírala. Opakuje se zde již výše popsany scénář, kdy tyto stavy vyústily v příznaky mentální bulimie. Například Krch s Richterovou (1998) popisují tyto stavy velmi názorně. Dotyčný člověk, který si zvykne se přejídat, přibere a strach z tloušťky jej dovede k nesmyslnému řešení, jako je zvracení. „*Výsledkem je mentální bulimie*“ (Krch, Richterová, 1998, s. 17). Dále je Pavlino vyprávění velmi běžné. Popisuje vysoké frekvence přejídání a následného zvracení. Zmiňuje obsáhlé nákupy potravin, které ji finančně začaly oslabovat. O těchto nákupech hovoří například Papežová (2003), která je uvádí do souvislosti se ztrátou kontroly a vlčím hladem typickým u mentální bulimie, kdy si dotyčný člověk potřebuje okamžitě obstarat jídlo. Pavla popisuje záchvat přejídání, který odpovídá popisu například u Krcha (2000). Člověk sní velké množství jídla, které již není ve svém rozsahu obvyklé a spořádané jídlo je i v nezvyklé kombinaci. Pavla ve svém popisu zmiňuje kombinaci například slaneho pečiva, zmrzliny, oříšků, ve výčtu nechybí ani bagety nebo mražená pizza. Během tohoto stavu nad sebou dotyčný zcela ztrácí kontrolu. To potvrzuje i Pavla, která uvádí, že během takového záchvatu téměř ani nekousala, hlavní pro ni bylo do sebe jídlo rychle dostat. Papežová (2003) se v souvislosti s mentální bulimií zmiňuje o ztrátě kontroly nejen nad jídlem, ale i nad sebou samým, kdy je člověk schopen téměř čehokoliv, aby ukojil svůj vlčí hlad a následně se snědeného jídla zbavil. Pavla to ve svém příběhu potvrzuje a líčí své stavy jako absolutní zoufalství, při kterých byla schopná jít zvracet v podstatě kdekoli. V souvislosti s bulimií je jmenováno i zneužívání laxativ a diuretik. To popisuje například Krch (2005), ale také mnoho dalších odborníků. Pavla uvádí, že se po celou dobu neuchýlila k těmto prostředkům a setrvala „pouze“ u zvracení.

Monika: Mentální anorexie se u Moniky vyskytla v její velmi typické podobě. Monika uvádí, že se u ní objevila náhlá a velmi silná nespokojenost s vlastním tělem, kdy se podle svých slov, připadala velmi tlustá. Rozhodla se tedy hubnout. Koutek (2011) popisuje klinický obraz, který v případě Moniky odpovídá. Dívka začne držet redukční dietu, která se postupně stává drastičtější. Nejprve jí méně, omezuje tučné a sladké, postupně téměř nejí. Monika uvádí, že začala vyhazovat svačiny, klamala o tom, že chodí na obědy ve školní jídelně, jejím cílem bylo

přestat jíst úplně. Zavedla si deník, kam si zapisovala snědené jídlo, tyto zápisy se postupně tenčily. Zmiňuje, že se u ní objevily depresivní stavy a také potřeba fyzického sebe trestání. Odborná literatura se shoduje, že depresivní stavy jsou zvláště u mentální anorexie běžné. Sebepoškozování, jak Leibold (1995) uvádí, se objevuje více u nemocných mentální bulimií, ale u anorekticky nemocných není také výjimečným faktem. Deprese i fyzické tresty, které se nemocní působí, souvisí s postupem nemoci a s poruchou tělového schématu. Koutek (2011) uvádí, že se pacientky stávají extrémně podrážděné. V souvislosti se sebepoškozováním mnoho pacientů uvádí pocity úlevy, které jim trestání přinášelo. Monika zmiňuje, že se trestala vždy, pokud nevydržela a dala si něco malého k jídlu. Přinášelo jí to pocity úlevy. Postupem nemoci Monika velmi zhubla, ztratila zájem o své přátele, sílila její podrážděnost. Vzorem jí byly fotky vychrtlých dívek, hojně navštěvovala fóra, kde se s ostatními dívkami trumfovaly, která toho méně sní. Dostala se na váhu 44 kg, která je v jejím případě už považována za podváhu. Dle jejího popisu je znatelné, že byla velmi štíhlá a tato štíhlost vzbuzovala reakce okolí. Krch (2005) uvádí, že se mnoho anorektických patientek zahaluje do více vrstev oblečení, aby si okolí nevšimlo jejich extrémní vyhublosti. Monika chodila v mikínách a teplácích nejen ve škole, ale i doma, což jí umožnilo zatajit svou štíhlost před rodinou.

- Vztahy s okolím

Pavla, Monika: Odpovědi obou žen jsou v podstatě stejné, a proto jejich výpovědi v této části shrnuji. Obě se shodují, že jejich vztahy se postupem nemoci horšily. Poruchy příjmu potravy se u obou dívek začaly projevovat i po stránce psychické, kdy se jejich posedlost jídlem stala jediným předmětem zájmu. O těchto faktorech hovoří například Cooper (1995), který mezi typické příznaky jmenuje právě urputné skrývání a tajnosti ohledně narušeného jídelního chování. Dále jmenuje i izolovanost, do které se nemocný dostává vlivem posedlosti jídlem. Osobní život Moniky i Pavly byl narušen po všech stránkách, tedy přesně tak, jak jmenují odborné publikace. O těchto následcích hovoří dále také Leibold (1995), Krch (2000), Papežová (2003) a další. Odborníci se tedy shodují, že člověk nemocný stravovací poruchou, se postupně začíná stahovat sám do sebe, straní se okolí a soustředí se pouze na jídlo, které zaujímá hlavní prioritu v jeho životě. Pavla uvádí, že postupem nemoci ztratila zájem o své okolí. Monika se dobrovolně začala izolovat od svých přátel a veškerý volný čas trávila u sebe v pokoji. Důvodem narušení vztahů je také narušená psychika nemocného, který se chová podrážděně, výbušně a brání se náznakům okolí, že by mohl mít problém s jídlem. Tuto podrážděnost zmiňuje například Krch (2000), který ji dává do souvislosti s neustálou nespokojeností s tělesnou hmotností a neschopností se stoprocentně kontrolovat. Výbuchy vzteku, urputné popírání svých problémů, přecitlivělost, to vše vede k poškození vztahů s okolím. Monika velmi

špatně nesla, když se jí někdo ptal, zda zhubla a jestli jí. V momentě, kdy si její matka všimla, že je Monika velmi hubená, začala ji nutit do jídla. To o to více zhoršilo jejich napjaté vztahy. Koutek (2011) uvádí, že konflikty se rodiči se o to více navýší, pokud se rodiče snaží dceru do jídla nutit, jako tomu bylo v případě Moniky. Vztah s matkou byl tedy o to více narušen. Podobným narušením vztahů prošla i Pavla, která líčí narůstající hádky v rodině a stranění se přátel. Obě dívky se soustředily na svůj jediný zájem, na jídlo. Monika začala vyhledávat různé webové stránky, zaměřené na PPP, kde se seznámila s dalšími nemocnými dívkami. Ztratila zájem o své přátele. Uvádí, že jí nerozuměli a ona přestala rozumět jim. Naopak toto porozumění našla právě u stejně nemocných dívek, které řešily stejné problémy jako ona. Pavla ve svém vyprávění neuvádí, že by její nemoc měla dopad na sexuální život. Krch (2005) zmiňuje, že v odborné literatuře se často prezentuje spojení problémů s jídlem a oblast sexuálního života. Častěji v této sféře bývají zmiňovány anorekticky nemocné pacientky, jejichž sexuální život prakticky vymizí vlivem anorexie. V souvislosti s bulimicky nemocnými pacientkami se uvádí pravý opak, tedy zvýšená sexuální aktivita, jak uvádí Krch (2005). Ačkoli toto Krch zmiňuje, dále také dodává, že tyto výzkumy prezentované v literatuře je třeba brát s určitou opatrností, protože je v nich mnoho proměnných. V případě Moniky, lze říci, že je její zájem o jídlo stále prvořadý. Uvádí, že má nulový zájem o opačné pohlaví. Necítí se přitažlivá, a dokud nezhubne, nepřipadá u ní v úvahu hledat si přítele. O sexuálním životě tedy nemůže být řeč. Přesto je tu patrné zaujetí jídlem, které je pro Moniku prioritní, nahrazuje jí i vztahy s okolím.

- Zdravotní komplikace

Pavla, Monika: I tato oblast je pro obě dívky velmi podobná. Monika přiznává, že vlivem matky byla donucena znovu jíst a tím se postupně dostala do mentální bulimie. Zdravotních komplikací, které se uvádějí v souvislosti s mentální bulimií, je celá řada. Velmi dobře je jmenuje například Cooper (1995). Mezi následky přejedení je zahrnuta akutní bolest v břišní krajině, ztráta dechu v důsledku přeplnění žaludku, dýchavičnost, poškození žaludeční stěny nebo jejímu protržení. Pavla uvádí, že se často přejídala až do fyzických obtíží, kdy pociťovala tak silné bolesti břicha, že se nemohla ani narovnat. Dle jejího popisu zdravotních komplikací se u ní bulimie neodrazila výrazně na zdraví, jako například u jiných pacientek. Také Monika popírá, že by se u ní projevil zdravotní komplikace. Vše samozřejmě závisí na délce onemocnění, tudíž nelze říci, že se další komplikace nedostaví časem, protože obě dívky nejsou dosud zcela vyléčené. Pavla uvádí mezi své zdravotní komplikace malátnost, celkovou slabost, třas a také zvýšenou citlivost na chlad. Monika jmenuje pouze malátnost a citlivost na chlad. Je však také patrné, že byla podvyživená, což lze usoudit z jejího popisu, kdy jí "trčely kosti".

Matku její nahá postava vyděsila natolik, že jí vyhrožovala psychiatrem. Dle zmíněného se však u ní neprojevila zvýšená kazivost zubů, ztráta menstruace, padání vlasů, zácpa nebo například lámavost nehtů, kterou odborná literatura v souvislosti s MA zmiňuje. Mezi další komplikace patří nepravidelnost srdečního rytmu, která může způsobit srdeční arytmii, jak uvádějí Hall a Cohn (2003). V souvislosti s PPP se zmiňuje také selhání ledvin důsledkem nízké hladiny draslíků, celková dehydratace, vnitřní krvácení, chudokrevnost, hypoglykémie, osteoporóza, puchýře v krku nebo také otoky. Ačkoli si dívky těchto komplikací u sebe nejsou vědomy, jsou jimi stále ohroženy. O to větší riziko hrozí u Moniky, která také používá laxativa, která mohou její organismus poškodit.

- Léčba

Pavla: Ve své výpovědi Pavla uvádí, že v rámci své léčby docházela na sezení s psychiatrem, který jí předepsal antidepresiva. O léčbě pomocí antidepresiv se zmiňuje mnoho odborníků. Příkladem uvádím Coopera (1995), který zmiňuje jisté pozitivní účinky antidepresiv u bulimicky nemocných patientek. Pavla ve svém příběhu popírá, že by jí antidepresiva jakkoli pomohla. Podle Coopera (1995) jsou dokázány prvotní pozitivní účinky, kdy se sníží frekvence záchvatů přejídání zhruba o 60%. Stejně snížení se v souvislosti s antidepresivy objevuje i u četnosti zvracení a užívání laxativ. V tomto případě je tedy vidět, že antidepresiva nebývají účinná na 100% a u každého. Krch (2005) k léčbě farmaky dodává, že by měla sloužit pouze jako pomocník a ne jako první druh léčby, protože jejich účinnost je omezená. V případě Pavly sehrála i důležitou roli malá snaha se na léčbě aktivně podílet. Pavla uvedla, že antidepresiva nebrala vždy, jak měla. Stejně tak uvedla, že k nim nemá pozitivní vztah a nevidí je jako vhodný prostředek léčby. Tato tvrzení odpovídají tomu, co nastiňuje Cooper (1995), který popisuje u bulimicky nemocných patientek zdráhavý postoj vůči farmakům. Dále uvádí, že mnoho patientek se pokouší své problémy řešit samy bez pomoci léčiv. V popisu své léčby Pavla uvádí pravidelná, krátkodobá sezení s psychiatrem. Tato sezení popisuje jako neúčinná. Podstatnou roli zde hraje fakt, že se Pavla odmítla svému terapeutovi svěřit a klamala nejen jeho, ale i své okolí. Tím znemožňovala úspěšnost léčby. Krch (1998) uvádí, že základem terapie je vždy aktivní spolupráce ze strany pacienta. Pacient si je nejlépe vědom svých obtíží a zná velmi dobře příčiny, které ho vedou k přesvědčení, že se nedokáže vyléčit. Terapeutova práce spočívá v nabídnutí pomoci, programu a podpory. Pokud se pacient léčit nechce a úmyslně o svých problémech mystifikuje terapeuta, je zcela nemožné docílit úspěchu. Krch (1998) dále dodává, že léčit se musí chtít nemocný sám, pokud očekává úspěšnost terapie. Pavla otevřeně přiznává, že se odmítla svému psychiatrovi svěřovat a tím vědomě sabotovala vlastní léčbu.

Monika: Ve svém příběhu zdůrazňuje, že má k léčení negativní postoj. V období, kdy výrazně zhubla a nejedla, jí rodina pohrozila návštěvou psychiatra, což mělo na Moniku významný vliv. Začala opět sama od sebe jíst, což je u nemocných s MA neobvyklé. Je tudíž zřejmé, že léčba jako taková je pro ni nemyslitelná. Přiznává, že se léčit nechce z vlastní vůle. Odborníci, jako například Krch (2005), Papežová (2003), Cooper (1995) a další, v rámci léčby popisují možnost úplného vyléčení, pokud se k němu dotýčný pacient rozhodne a bude se na léčbě sám aktivně podílet. Úplným vyléčením jsou myšleny příznaky nemoci jak v oblasti fyzické, tak v oblasti psychické. Krch (2000) například uvádí, že obtíže psychické i ty fyzické zcela ustoupí, pokud se pacient podrobí léčbě. Ve výsledcích výzkumu tedy není jednoznačná odpověď na výzkumnou tezi, že se dají PPP úspěšně vyléčit. V případě obou dívek je zde vyjádřen subjektivní názor, že vyléčení psychických obav spojených s jídlem není možné. Tento názor je ovlivněn do značné míry stále trvající stravovací poruchou obou dívek. Otázkou tedy je, zda by jejich obavy spojené s jídlem ustoupily, pokud by se obě vyléčily a nevykazovaly by žádné příznaky. Zda se poruchy příjmu potravy vyléčit dají v oblasti psychické a v oblasti fyzické, je tedy otázka, na kterou mohou odpovědět pouze ti, kteří se za vyléčené považují.

- Současný stav

Pavla: Popisuje změny, kterými prošla v průběhu nemoci. Líčí, že se její nemoc umírnila a s ní se umírnily i její psychické stavy, kdy pociťovala úzkost a deprese. Tím tedy podporuje tvrzení odborníků, kteří shodně uvádějí ústup psychických obtíží v případě vyléčení nebo zlepšení příznaků onemocnění. Pavla se podle svých slov nyní cítí vyrovnanější, urovnaly se její vztahy s okolím a celkově se zlepšil i její vztah k vlastnímu tělu a jídlu, kdy jí činí jídlo radost. Lze tedy předpokládat, že s úplným odezněním mentální bulimie, by byla velká šance na odeznění starostí a obav spojených s kontrolou vlastního těla a jídla. Stejně tak dodává, že nemá v úmyslu znovu docházet na terapie a podstupovat léčení, které by mohlo odstranit bulimii, která se u ní momentálně odehrává v nepravidelných etapách. Papežová (2003) v této oblasti zdůrazňuje důležitost rozhodnutí, které musí nemocný podstoupit, aby se mohl úspěšně vyléčit. Není zde vyloučen relaps, kdy by se Pavla mohla navrátit do předchozího období, kdy téměř nejedla a pouze zvracela. Z jejího příběhu vyplývá, že vlivem stresu se u ní objevuje snaha hubnout. Tento stres u ní vyvolávají kritické reakce okolí ohledně její postavy. Papežová (2003) potvrzuje, že problémy s jídlem jsou velmi často způsobené právě stresovými situacemi, které člověk nezvládne. Lze tedy potvrdit výzkumnou tezi, že jsou poruchy příjmu potravy vyústěním psychické nepohody. Pavla, ačkoli prošla výraznými změnami, není stále zcela spokojena se svým tělem. Připouští, že by mohla ještě kilogram shodit. Následně dodává, že nespokojenost s vlastním tělem je většinou žen vlastní a není to nic neobvyklého.

Monika: Ačkoli nyní Monika jí, velký podíl na tom nese její matka, která ji pravidelně převažuje a kontroluje, zda si Monika stravu neodpírá. Otevřeně přiznává, že by nejraději nejedla a každé soustu jí působí výčitky. Jediným okamžikem, kdy se ráda pustí do jezení, je ochutnávka vlastního napečeného jídla. Například Krch (2002) hovoří o anorekticky nemocných dívkách, které rády vaří, pečou, vytvářejí recepty apod. Kromě této výjimky však Monika zaujímá k jídlu negativní stav. Velmi silně je nespokojená s vlastním tělem. Tato nespokojenost je u obou dívek společná. Odborníci varují před kultem štíhlosti, který nutí ženy být stále nespokojené se svým tělem. Fialová (2006) v této souvislosti jmenuje tlak médií na krásné a štíhlé tělo, který dovádí většinu žen do zásahů, které mohou být zdraví nebezpečné. Fialová (2006) potvrzuje, že tuto nespokojenost vykazují převážně ženy, které většinou považují za svou problémovou část dolní polovinu těla a hodnotí se mnohem kritičtěji než muži. Tato kritika není neobvyklá ani u štíhlých žen. „*To zřejmě souvisí s ideálem tělesné krásy, který je prezentován médii a který představují vysloveně štíhlé typy žen*“ (Fialová, 2006), s. 60). Nespokojenost s vlastním tělem je nyní velmi běžným jevem. Lze tušit, že pokud by se zmírnil tlak na štíhlost, umírnila by se četnost nemocných s PPP. Na Pavlu má velký dopad kritika okolí a tlak společnosti, naproti tomu u Moniky hraje hlavní roli její subjektivní pocit o vlastním těle. Monika přiznává, že má k tloušťce odpor, a doslova říká, že „nikdo nemá rád tlusté lidi“. Považuji to za potvrzení výzkumné teze, že vznik PPP je ovlivněn společností, která upřednostňuje atraktivní lidi a na tloušťku hledí s despektem. Obě dívky jsou zvláště v ohrožení, jelikož připouští, že nejsou vyléčené a stejně tak přiznávají, že se svým tělem nejsou spokojeny. Monika je obzvláště zaujatá vůči svému tělu, několikrát zopakovala, že ho nenávidí. Stále trpí depresi, trestá své tělo pohybem za každé snědené jídlo, přemýšlí o jídle negativně a obecně vykazuje silné známky anorexie. V ohrožení je tedy více než Pavla, která se pokouší o zdravý jídelníček a její klinický obraz je o něco mírnější. Odborníci radí poruchy příjmu nepodceňovat. Například Leibold (1995) upozorňuje, že je třeba věnovat pozornost nezdravým postojům k jídlu i v jejich mírných náznacích, protože mohou působit velké škody. Obě ženy jsou stále v nebezpečí a hrozí jim relaps. V případě Moniky o to více, protože ji od odmítání potravy drží pouze přísný dohled matky.

- Porucha příjmu potravy očima nemocné

Pavla: Popisuje stavy při bulimii jako zoufalství, neschopnost logicky uvažovat a ovládat se. Popisuje nutkavost jídlo vyzvrátit, kterou pociťovala pokaždé, kdy se přejedla. Vysvětluje, jak těžké pro ni bylo na jídlo nemyslet, jak se bulimie odrážela na její psychice. Doslova říká, že ztratila radost ze života a byla neustále smutná. Toto období nazývá jako své nejhorší, kdy se na ní bulimie podepsala nejvíce. Lze si položit otázku, proč se ženy stále přejídají a zvracejí,

pokud jim toto chování přináší takové psychické a fyzické obtíže. A jak si vůbec na něčem takovém lze vytvořit závislost. Velmi dobře se pohledu bulimiček na své obtíže věnují například Hall a Cohn (2003). Ti vysvětlují, že na počátku této nemoci stojí především duševní otupělost a fyzický rauš. Pokud by bulimicky nemocné pacientky pociťovaly od samého počátku zoufalství, je velmi nepravděpodobné, že by si na něčem takovém utvořily závislost. Naopak v počátku bulimie stojí pocity ve skrze příjemné. Důvodem je uspokojení chutí a následné falešné uklidnění, že našly metodu, jak mohou jíst velké množství jídla, aniž by přibraly. Hall a Cohn (2003) dále vysvětlují, že v počátku nemoci stojí i pocit zbavení stresu, který nemocné pocítí poté, co se přejí a jídlo vyzvrací. Zvracení jim nejprve přináší pocit opojení z vyčerpávající fyzické aktivity, který je provázen také pocity očištění, uvolnění a vyprázdnění mysli (tamtéž). Toto jsou tedy věci, na kterých se v počátcích nemoci tvoří závislost. Čím déle nemoc trvá, tím ve větší míře přicházejí fyzické a psychické obtíže, které působí pocity zoufalství, které Pavla popisuje. To bývá však většinou pozdě a nemocný člověk se už nemůže z tohoto kolotoče mentální bulimie vymanit. Je možné zde tedy potvrdit výzkumnou tezi, podle které je nemocný člověk závislý, je pro něj velmi obtížné tuto závislost překonat a své chování normalizovat.

Monika: Monika svou nemoc považuje za přínosnou v jejím životě, nevidí na mentální anorexii nic zlého. Naopak uvádí, že jí anorexie pomáhala být hubenou a to ji dělalo šťastnou. Tento "přátelský postoj" vůči nemoci, ačkoli se zdá zvláštní, je poměrně logický, když přihlédneme k tomu, jak se u Moniky problémy projeví poprvé. Chtěla na sebe upoutat pozornost, která se jí nedostávala v rodině. Lze předpokládat, že se cítila osamělá. Rodiče jsou rozvedení, otce nevidá a matka hodně pracuje. S nadsázkou lze říci, že v anorexii našla přítele, který jí dělal společnost. Svou pozornost upoutala k jídlu a hubnutí, čímž se pomyslně oprostila od problémů v rodině. Dále také vykazuje negativní postoj vůči tloušťce, o kterém hovoří například Fialová (2006). Tento postoj je v dnešní společnosti běžný, tlustí lidé bývají ponižováni, opovrhováni a společnost na ně hledí mnohdy negativně. Monika vidí v anorexii přítele, který jí pomáhal se od této nepřátelské tloušťky distancovat. Nyní se vnímá negativně, není se svým tělem spokojena a její podvyživené období jí schází. Problém je především ve změně vnímání a poruše tělového schématu. Krch (2002) zdůrazňuje nutnost léčby psychických příznaků, které se projevují navenek. Toto vnímání je o to více podpořeno tím, že Monika dobrovolně udržuje kontakt se stejně nemocnými dívkami, které mnohdy anorektický způsob života propagují na webových stránkách. Tím se ve svém stavu utvrzuje a považuje ho za normu.

- Rady nemocné nemocným

V této kategorii chci uvést rady, které předávají odborníci těm, kteří jsou poruchami příjmu potravy ohroženi. Například Hall a Cohn (2003) vysvětlují, že velmi důležitá je prevence. Lidé by měli být seznamováni s riziky poruch příjmu potravy. Měli by být dobře informováni o zdravotních komplikacích a stejně tak i těch psychických. Důležité je i uvést na pravou míru, jak je to s redukčními dietami a odhalit je v jejich nebezpečnosti. Varovat před společností, která propaguje abnormální štíhlost, a pokusit se ignorovat tuto propagaci tam, kde to je možné. S odborníky se shoduje i Pavla, která taktéž varuje před médii, která často propagují štíhlost. Dále varuje před články i televizními pořady, které i jí samotné pozitivně nepřispívají. Doporučuje se těmto věcem vyhýbat. A konečně sama uvádí, že jí shozená kila štěstí nepřinesla. Cooper (1995) vysvětluje, že je velmi zásadní pokusit se o změnu vlastního myšlení, přehodnotit význam, který je přisuzován hmotnosti a postavě. Důležité je uvědomit si, že tělesná hmotnost nemá zásadní vliv na to, jak hodnotíme ostatní a jak ostatní hodnotí nás. Cooper (1995) dodává, že je třeba používat při svém sebehodnocení stejná kritéria, která užíváme i u druhých. Leibold (1995) příkladem uvádí pozitivní účinky autosugesce, která je zaměřená proti odmítání těla a ztrátě citu pro tělo. Základem je opakování určitých formulací, které si dotyčný nejprve intenzivně představuje a poté opakuje, dokud o jejich tvrzení není zcela přesvědčen. Příkladem uvádí tyto formulace: „*Přijímám se takový, jaký jsem; Jsem volný, odvážný a silný – dokážu všechno; Já jsem své tělo, cítím se s ním v jednotě – klidně, trpělivě a odvážně hledím do budoucnosti, znám své cíle a dosáhnu jich.; Moje tělo je můj nejlepší přítel, miluji své tělo a dělám vše pro jeho zdraví.*“ (Leibold, 1995, s. 128). Pozitivní sebeovlivňování je v mnoha případech účinnou metodou. Tato metoda se snaží nemocnému navrátit silou sugesce lásku a optimismus vůči svému tělu. Obecně se často opakuje, že každá nemoc je odpovědí na psychické strádání. Lidské tělo je třeba nebrat jako nástroj, který lze podle libosti řídit, ale je důležité mu naslouchat. V případě Moniky je značný nedostatek sebelásky, který lze vidět na jejím velmi negativním postoji ke svému tělu. U Pavly není tento postoj nyní tolik zásadní, přesto si ho lze také všimnout a to hlavně v počátcích, kdy měla silné komplexy ze svého těla. Lze se tedy naklonit k výzkumné tezi, že podstatnou roli u PPP hraje právě nedostatek lásky vůči sobě samému.

Závěr

V závěru chci shrnout své získané poznatky a také zhodnotit klady a limity své práce.

V teoretické části jsem se pokoušela stručně uvést problematiku poruch příjmu potravy. Vymezila jsem jednotlivé stravovací poruchy, nastínila jejich možné příčiny a dále také uvedla následky, které s poruchami stravování beze sporu souvisejí. Tyto následky jsem rozdělila na zdravotní a psychické komplikace. Dále jsem se pokusila čtenáře seznámit s možnostmi léčby a také příkladem uvést místa, která v České republice nabízejí pomoc nemocným PPP.

V praktické části jsem pomocí kvalitativního výzkumu chtěla zdravým lidem zprostředkovat pohled nemocného na nemoc samotnou. Případové studie ukázaly, jak se nemocní cítí a jak nesnadným se život může stát, pokud se ze samozřejmosti stane problém. Touto samozřejmostí je myšlena potřeba jíst, nad kterou se mnoho lidí nezamýšlí, ale pro nemocné je to středobod zájmu. Výzkum potvrzuje, že poruchy příjmu potravy jsou nemocí především psychickou, která život zásadně narušuje a mění ho v kolotoč obav a strachu z jídla a tloustnutí. Dotyčný člověk se stává závislý na nemoci samotné a není schopen jednoduše se vrátit do normálního způsobu života. V kontaktu s nemocným je třeba vysoká dávka trpělivosti a empatie, protože je výrazně narušena jeho psychika. Je jisté, že se u poruch příjmu potravy objevuje určitá pravidelnost. Chtěla jsem ukázat, že člověk, který se potýká s poruchou příjmu potravy, není divný, není špatný, není ani slabý, ale je nemocný. Onemocnět lze snadno, a pokud se tak stane, je důležité nalézt v sobě odvahu nemoc překonat. Mentální anorexie a mentální bulimie, ačkoli jsou nemoci zrádné a vážné, jsou porazitelné a léčitelné. Je třeba si uvědomit, že úspěšnost léčby tkví značně v rozhodnutí dotyčného, což je dobře viditelné z příběhu Pavly i z příběhu Moniky, které samy přiznávají, že se léčit nechtějí.

Tato práce má svá úskalí a limity. Především jsou zde nastíněny pouze dva příběhy, které ačkoli vykazují jistou typičnost poruch příjmu potravy, jsou pouhým zrnkem v moři případů. Také lze považovat za nevýhodu, že první zkoumaná žena, je má dřívější přítelkyně, což může znemožňovat dostatečně objektivní náhled z mé strany. Potencionálně se mohly projevit i záležitosti z naší společné historie, které mohly ovlivnit rozhovor. Ovšem spatřuji i výhodu, která spočívá v méně formální atmosféře během rozhovoru. Sama jsem cítila rozdíl mezi rozhovorem s Pavlou a rozhovorem s Monikou, kterou v podstatě téměř neznám. Lze to dobře vidět například na detailnosti rozhovoru. Myslím, že fakt, že se s Pavlou osobně známe, dopomohl její otevřenosti, kdy mi poskytla velice detailní zpověď. Samozřejmě velmi oceňuji i Moničinu ochotu a vstřícnost svěřit mi choulostivé informace o svém životě, ačkoli se známe krátce.

Navzdory faktu, že je každý člověk jedinečný, poruchy příjmu potravy zpravidla tuto jedinečnost zastiňují. Nesou s sebou typické strachy a typické způsoby, jak tyto obavy z nárůstu váhy překonat. Pomocí hloubkového rozhovoru jsem poskytla detailní pohled do života nemocného a tím umožnit náhled do samého nitra nemoci, ve kterém není podstatné nic, kromě tělesné hmotnosti a nutkavého přemýšlení o jídle. Nemocní mentální anorexií se jídlu snaží za každou cenu vyhnout, zatímco nemocní mentální bulimií nedokážou mnohdy s jídlem přestat, dokud nepocítují fyzické bolesti. Také se často uchylují k řešením, která jsou v rozporu s jejich vlastním přesvědčením, k čemuž se přiznává například Pavla. Pokusila jsem se ukázat, proč tomu tak je. Toto vysvětlení je prozaické. Lidé jsou nemocní a tato nemoc je v podstatě oslepuje. Myslím, že je důležité nahlížet na tyto poruchy v první řadě jako na nemoci. Což se často opomíná a tato problematika se bagatelizuje. Příběhy, které jsou zde předloženy, také nenabízí tzv. šťastný konec, kdy jsou poruchy příjmu potravy vyléčeny. Tento fakt může být považován za další limit práce. Přesto však předkládají životy, které jsou touto nemocí stále ovlivňovány, a tím ukazují, jak obtížné je se vyléčit, pokud se dotýčný člověk léčit nechce. Ukazují, že silnou roli hraje samotné odhodlání k léčbě, které musí každý učinit sám.

„Stejně jako u všech duševních nemocí existují také u maniakálních poruch postoje k jídlu tvrdošíjně předsudky takzvaných normálních lidí, které nakonec slouží pouze jedinému účelu – mají potvrdit vlastní normalitu a odsoudit všechny ‘‘temné stránky’’ osobnosti, které se vymykají normám. I když se postoje vůči duševně nemocným v poslední době změnily, jsme přece jen ještě dost daleci toho přiznat jim, stejně jako u tělesných postižených, statut nemocných se všemi právy a povinnostmi’’ (Leibold, 1995, s. 11). Gerhard Leibold vyslovil tuto myšlenku před téměř dvaceti lety a přesto si myslím, že se v této oblasti společnost neposunula. Nemoci tohoto typu jsou neméně často považovány za rozmar, zapomíná se na mortalitu, kterou se zvláště mentální anorexie vyznačuje, a je nám i nadále společností předkládán ideál extrémní štíhlosti, která chorobným postojům k jídlu jde naproti. Nepochybně nelze obviňovat pouze společnost, která rozhodně není jejich jediným viníkem. Z výzkumu je patrné, že na vině je souhrn mnoha faktorů. Svou roli hraje rodinná situace, nezdravé stravovací návyky, schopnost jedince odolávat stresovým situacím, sociální tlak okolí a další. Důležitá je prevence, která spočívá v nejen dostatečné informovanosti o nebezpečích plynoucích z PPP, ale i o snaze o zdravé stravovací návyky, ke kterým by měl člověk být veden již od dětství. Jak bylo nastíněno, s chorobnými postoji k jídlu se člověk nerodí, ale je k nim doveden. Podstatnou roli hraje i vlastní sebeláska, kdy bychom měli respektovat potřeby svého těla a nepovažovat tělo za předmět, který lze bez následků ovládat. Výzkum potvrzuje, že stravovací poruchy člověka ovlivní především psychicky a to velmi zásadně.

Díky potvrzení jisté typičnosti a rizikových faktorů, které spouští poruchy příjmu potravy, je možné se PPP pokusit vyvarovat. Také je možné tyto nemoci lépe zpozorovat. Důležité je nezavírat nad nimi oči. Pokud se však stane, že je člověk touto nemocí zasažen, je důležité se s tím vyrovnat. Nyní existuje mnoho možností, jak se vyléčit. Je mnoho těch, kteří tím prošli, stejně tak mnoho těch, kteří tím stále procházejí. Poruchy příjmu potravy tu jsou a lidé jimi trpí. Je třeba brát tyto poruchy ve vší jejich závažnosti a nepodceňovat je.

Seznam použité literatury

a) Monografie:

1. CASSUTO, D., GUILLOU S. (2008): *Když chce dcera hubnout: rady pro rodiče dospívajících dívek*. Vyd. 1. Praha: Portál, 117 s. ISBN 978-807-3673-574.
2. CLAUDE-PIERRE, P. (2001): *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit*. Překlad Zdik Dušek. Praha: Pragma, 264 s. ISBN 80-720-5818-5.
3. COOPER, P. J. (1995): *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Překlad Jana Krchová. Olomouc: Votobia, 207 s. ISBN 80-858-8597-2.
4. ČERNÁ, R. (2008): *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: Anabell, 64 s.
5. FIALOVÁ, L. (2006): *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Vyd. 1. Praha: Grada, 92 s. ISBN 80-247-1350-0.
6. GAVORA, P. (2000): *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 207 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
7. HALL, L., COHN L. (2003): *Rozlučte se s bulimií*. Brno: Era, 240 s. ISBN 80-865-1760-8.
8. HENDL, J. (2005): *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 407 s. ISBN 80-736-8598-9.
9. KRCH, F. D. (2000): *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Vyd. 1. Praha: Grada, 120 s. ISBN 80-716-9946-2.
10. KRCH, F. D., RICHTEROVÁ I. (1998): *Chci ještě trochu zhubnout*. Vyd. 1. Praha: Motto, 96 s. ISBN 80-858-7286-2.
11. KRCH, F. D. (2002): *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 235 s. ISBN 80-717-8598-9.
12. KRCH, F. D. (2005): *Poruchy příjmu potravy*. Vyd. 2. aktualiz. a dopl. Praha: Grada, 255 s. ISBN 80-247-0840-X.
13. LEIBOLD, G. (1995): *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Vyd. 1. Překlad Lidia Běhounková. Praha: Svoboda, 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
14. MARÁDOVÁ, E. (2007): *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2.
15. MIOVSKÝ, M. (2006): *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 379 s. ISBN 80-247-1362-4.
16. PAPEŽOVÁ, H. (2000): *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum, 109 s. ISBN 80-851-2132-8.

17. PAPEŽOVÁ, H. (2003): *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum, 109 s. ISBN 80-85121-81-6.
18. PAPEŽOVÁ, H. (2010): *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 424 s. ISBN 978-802-4724-256.
19. STRAUSS, A., CORBINOVÁ J. (1999): *Základy kvalitativního výzkumu*. Vyd. 1. Boskovice, 196 s. ISBN 80-858-3460-X.
20. ŠVARÍČEK, R, ŠEĐOVÁ K. (2007): *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
21. VÁGNEROVÁ, M. (2004): *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.
22. VÁGNEROVÁ, M. (2007): *Základy psychologie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
23. VODÁČKOVÁ, D. (2002): *Krizová intervence*. Vyd. 1. Praha: Portál, 543 s. ISBN 80-717-8696-9.

b) Články:

24. GWIZDEK, A., GWIZDEK, K., KOSZOWSKA, A. (2012): Pro-ana, murderous face of the Internet. *Progress in Health Sciences*, roč. 2, č. 1, s. 158 - 161.
25. KOUTEK, J. (2011): Poruchy příjmu potravy. *Czecho-Slovak Pediatrics / Česko-Slovenská Pediatrie*, roč. 66, č. 4, s. 243 - 248.
26. WHITEHEAD, K. (2010): Hunger hurts but starving works: A case study of gendered practices in the online pro-eating-disorder community. *Canadian Journal of Sociology*, roč. 35, č. 4, s. 595-626.

c) Internetové zdroje:

27. O. S. Anabell: *Služby Anabell Praha*. [online]. [cit. 20. 2 2014]. Dostupné z: <http://anabell.cz/index.php/anabell-praha/nase-sluzby>.
28. NECHANSKÁ, B. (2013): *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v psychiatrických ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2007 – 2012*. [online]. Praha. [cit. 15. 3. 2014]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-poruchami-prijmu-potravy-psychiatrickych-ambulantnich-luzkovych-zarizenich-cr-letech-2>.
29. Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN: *Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy*. [online]. Poslední změna 16. 4. 2013 [cit. 22. 2. 2014]. Dostupné z: <http://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-poruch-prijmu-potravy>.

Lucie Hušnerová

Resumé

Bakalářská práce je zaměřená na problematiku poruch příjmu potravy.

Cílem práce je pochopit tyto poruchy z pohledu nemocného člověka.

Poruchy příjmu potravy jsou nebezpečné nemoci, které postihují především ženy. Vlastní odhodlání se léčit, je zde zásadní. Tyto poruchy ničí nemocné nejen fyzicky, ale také psychicky.

Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. Nejprve se věnuji vymezení poruch příjmu potravy jako je anorexie, bulimie a atypické poruchy. V dalších kapitolách popisují jejich příčiny, dopady a také léčebné metody, které mohou být využity v této oblasti.

V praktické části uvádím kvalitativní výzkum, který jsem prováděla pomocí hloubkového rozhovoru se dvěma ženami.

Na konci práce shrnuji své poznatky.

Summary

The bachelor thesis is focused on the issue of eating disorders.

The goal of the thesis is to understand the illness from the patient's point of view.

Eating disorders are dangerous illnesses that primarily affect women. The own determination to be treated is crucial here. These disorders destroy patients not only physically but also mentally.

The theoretical part is divided into four chapters. At first I define eating disorders such as anorexia nervosa, bulimia nervosa and atypical disorders. In the following chapters I describe the main causes and impacts of them and also the therapy which can be used in this area.

In the practical part I introduce the qualitative research which was carried out using the in-depth interview with two women.

At the end of my thesis I summarize all my findings.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Tabulka č. 1 - Trpím bulimií já?;

Tabulka č. 2 - Test jídelních problémů (zaměřeno na MA);

Tabulka č. 3 - Orientační rozmezí ideální tělesné hmotnosti pro ženy starší 20 let

Příloha č. 2: Tabulka č. 4 - Vzorce chování typické pro MA a MB

Příloha č. 3: Dotazník

Příloha č. 4: Interview č. 1 s Pavlou, Časová osa č. 1 – Pavla;

Interview č. 2 s Monikou, Časová osa č. 2 - Monika

Příloha č. 1:

Tabulka č. 1 - Trpím bulimií já?

Otázky	Skóre
1. Máte pravidelný jídelní režim?	Ano = 0, Ne = 1
2. Držíte přísné diety?	Ano = 1, Ne = 0
3. Cítíte selhání, i když jednou porušíte dietu?	Ano = 1, Ne = 0
4. Počítáte kalorie u všeho, co sníte, i když dietu nedržíte?	Ano = 1, Ne = 0
5. Držíte někdy hladovku celý den?	Ano = 1, Ne = 0
6. Jak často držíte hladovky?	Jedinkrát = 1, občas = 2, 1x týdně = 3, 2-3x týdně = 4, obden = 5
7. Používáte někdy následující způsoby k udržení váhy? Berete léky na hubnutí? Diuretika? Berete projímadla? Vyvoláváte si zvracení? Odpovězte odděleně jednotlivé otázky č. 7, a pak sečtěte skóre	Nikdy = 0, Občas = 2, 1x týdně = 3, 2-3 x týdně = 4, Denně = 5, 2-3x denně = 6, 5x a více = 7
8. Překáží vám vážně váš jídelní režim v životě?	Ano = 1, Ne = 0
9. Řekli byste, že jídlo dominuje ve vašem životě?	Ano = 1, Ne = 0
10. Jíte někdy tak dlouho, až vás zastaví fyzické obtíže?	Ano = 1, Ne = 0
11. Jsou doby, kdy myslíte jen na jídlo?	Ano = 1, Ne = 0
12. Jíte rozumně před ostatními a doháníte to v soukromí?	Ano = 1, Ne = 0
13. Můžete vždy, když chcete s jídlem přestat?	Ano = 1, Ne = 0
14. Znáte ovládací touhu jíst a jíst a jíst?	Ano = 1, Ne = 0
15. Jíte hodně, když jste úzkostní?	Ano = 1, Ne = 0
16. Děsíte se představy, že ztloustnete?	Ano = 1, Ne = 0
17. Jíte někdy velké množství potravy mimo normální jídlo?	Ano = 1, Ne = 0
18. Stydíte se za své jídelní návyky?	Ano = 1, Ne = 0
19. Znepokojuje vás, že nemáte kontrolu nad tím, kolik jíte?	Ano = 1, Ne = 0

20. Hledáte v jídle útěchu?	Ano = 1, Ne = 0
21. Jste schopni nechat jídlo na talíři na konci jídla?	Ano = 1, Ne = 0
22. Jsou ostatní lidé zklamáni tím, kolik jíte?	Ano = 1, Ne = 0
23. Řídí se množství jídla, které jíte, podle pocitu hladu?	Ano = 1, Ne = 0
24. Přejídáte se někdy velkým množstvím jídla?	Ano = 1, Ne = 0
25. Jestliže ano, cítíte se potom mizerně?	Ano = 1, Ne = 0
26. Přejídáte se pouze, když jste sami?	Ano = 1, Ne = 0
27. Když se přejídáte, jak je to často?	Zřídka = 1 1 x měsíčně = 2 1 x týdně = 3 2-3 x týdně = 4 3 x denně = 5 2-3 x denně = 6
28. Jste schopni ujít velké vzdálenosti při touze po přejedení?	Ano = 1, Ne = 0
29. Cítíte se provinile, když se přejídáte?	Ano = 1, Ne = 0
30. Považujete své jídelní návyky za normální?	Ano = 1, Ne = 0
31. Považujete se za kompulzivního jedlíka?	Ano = 1, Ne = 0
32. Kolísá vaše váha více než 2-3 kg za týden?	Ano = 1, Ne = 0

Součet položek 6, 7 a 27 odráží závažnost onemocnění, součet ostatních položek je souhrnem příznaků onemocnění.

Převzato z Papežová, 2003, s. 15 - 16

Tabulka č. 2 - Test jídelních problémů (zaměřeno na MA)

Otázky	Většinou ano	Nikdy	Většinou ne
1. Mám hrůzu z nadváhy, i když objektivně nejsem tlustý/á (mohu se tak ale cítit)			
2. Vyhýbám se jídlu, když mám hlad			
3. Před jídlem se mě často zmocňuje úzkost			
4. Vynechávám některé hlavní denní jídlo (snídaně, oběd, večeře) nebo kategorii potravin (například sladkosti nebo maso)			
5. Po jídle se cítím provinile			

6. Cítím, že ostatní mě nutí do jídla			
7. Usilovně cvičím, abych spálil/a energii			
8. Mám rád/a prázdný žaludek			
9. Snadno se cítím přejedený/á			
10. Cítím, že jídlo ovládá můj život			

Většinou ano = 2 body, Někdy = 1 bod, Většinou ne = 0 bodů

Pokud přesáhnete více, než 5 bodů jste pravděpodobně již za hranicí "rozumné" redukční diety a je vhodné jídelní režim přehodnotit

Převzato z Krch, 2002, s. 14

Tabulka č. 3 – Orientační rozmezí ideální tělesné hmotnosti pro ženy starší 20 let

Tělesná výška (v cm)	Tělesná váha (v kg)
160 cm	49,5 – 55, 5
165 cm	52 – 58,5
168 cm	54,5 – 61,5
170 cm	55,5 – 62,5
173 cm	58 - 65
175 cm	59 – 66, 5
178 cm	61 – 68, 5

Převzato a zkráceno z Krch, 2002, s. 76

Příloha č. 2:

Tabulka č. 4 – Vzorce chování typické pro MA a MB

	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Vzorce chování typické pro MA a MB	Dodržování přísné diety s postupným ubýváním porcí, vysoké úbytky na váze, bagatelizace svého počínání, popírání argumentů ze strany okolí, zvýšená tělesná aktivita, zakrývání vyhublého těla ve volném oblečení, padání vlasů, podrážděnost, agresivita, malátnost z nedostatku potravy, deprese, bolesti hlavy a žaludku, poruchy spánku, ubývání sociálních kontaktů, zaujetí jídlem a dietami, neustálé vážení a přeměřování tělesných proporcí, počítání kalorií, neochota jíst s ostatními, zvracení, negativní projevy vůči jídlu a obezitě, odpor k jídlu, vymizení menstruace apod.	Dodržování přísné diety střídané s náruživým požíváním, úbytek potravin v domácnosti, zvratky v okolí WC a umyvadla, podrážděnost, agresivita, deprese, zaujetí jídlem, zaujetí svou hmotností, vysoké účty za jídlo, popírání, odmítání argumentů okolí, malátnost následkem zvracení, časté chození na WC po jídle, zamykání se s jídlem, tajnosti, neochota jíst s ostatními, počítání kalorií, časté vážení, vymizení nebo vynechání menstruace, váhové výkyvy, citlivost na chlad, zasmušilost, výkyvy tělesné hmotnosti, užívání laxativ apod.

Zde je výčet nejtypičtějších příznaků, které mohou signalizovat poruchy příjmu potravy.

Zdroj vlastní. Vypracováno na základě načtené odborné literatury: Černá (2008); Krch (2005); Krch (2000); Papežová (2000); Papežová (2003); Vágnerová (2008) a další.

Příloha č. 3:

Dotazník

Sloužil jako pomocník při rozhovoru. Otázky, které dotyčná sama zodpověděla v příběhu, nebyly dotazovány. Vzhledem k povaze rozhovoru, byly dotazovány i otázky jiné, které vyplynuly z toku rozhovoru. Tyto otázky jsou zapsané v přepisu rozhovoru a nejsou uvedeny v dotazníku.

- 1) Která z poruch příjmu potravy se u Tebe projevila / projevuje?
- 2) Jak u tebe začaly problémy s jídlem?
- 3) Jaký je tvůj vztah k jídlu?
- 4) Jak se měnil tvůj postoj k vlastnímu tělu?
- 5) Jak se měnily tvé vztahy s okolím během průběhu poruchy stravování?
- 6) Co považuješ za příčinu problémů se stravováním?
- 7) Ovlivnila stravovací porucha Tvůj sexuální život? Pokud ano, vysvětli jak.
- 8) Jaké máš zkušenosti s léčbou?
- 9) Co bys doporučila dívkám, které se potýkají se stravovací poruchou?

Příloha č. 4:

Interview č. 1

Přepis rozhovoru uskutečněný s Pavlou na téma mentální bulimie.

Dne 5. 3. 2014, středa, Pavla, 24 let, studentka vysoké školy, svobodná, české občanství

Čas začátku rozhovoru 14.10, čas konce rozhovoru 16.24

V = výzkumník, I = informant

V: Diktafon je zapnutý, souhlasíš, abychom začaly?

I: „Ano, můžeme.“

V: Mohla bys nejprve říct, která porucha příjmu potravy se u Tebe projevuje, a poté popsat, jak to celé začalo?

I: „Ano. Takže se u mě projevuje mentální bulimie. Znamená to teda přejídání a zvracení. To znamená, že se přejídám jídlem, který si normálně odepírám, např. sladkosti, tučné potraviny, jednoduše věci, po kterých se snadno tloustne. Alespoň tak je vnímám.

A jak to začalo, je otázka, kterou si kladu od samého začátku. Po pravdě si nevzpomenu, co to spustilo. Spíš jsem k tomu spěla už od dětství. Zhruba ve školce jsem začala být oplácanější dítě. Pamatuju si, že jsem se pořád vážila a ptala jsem se rodičů, co znamenají ty údaje na váze a jestli je to v pořádku. Postupem času, kdy jsem na nich poznala, že už to v pořádku není, jsem se přestala vážit a ptát. A poznala jsem to tak, že máma jednou řekla: „Kolik, že to vážíš? Ukaž. No to je poměrně dost“. To je první vzpomínka na vážení, které mám. Takhle mi došlo, že nejsem váhově v normě. Samozřejmě si okolí všímalo, že jsem oplácaná a dávali mi to dost najevo. Teda hlavně děti. Děti umějí být hodně zlí a zákešní, co si budeme povídat. Dají najevo, když vybočuješ. Když vypadáš jinak. Obecně všechny děti se smějí tlustým dětem, to už je snad tradice. No, ale nemyslím, že bych byla tlustá, prostě jsem nebyla žádné vyžlátko. Nebyla jsem hubená. Třeba si pamatuju scénu ze školky, kdy jsme byli na Školce v přírodě, hráli jsme hry a někdo řekl: „S tou v týmu nebudu, je špekátá a bude nás brzdit“. Hmmm. Tak to bolelo. Od té doby jsem takových vtípků slyšela hromadu. Neříkám, že si pamatuji každý z nich, ale byla bych schopná vyjmenovat opravdu hodně situací, kdy se někdo navezl do mojí postavy. Pokaždé se mě to velmi dotklo, byla jsem z toho smutná, někdy jsem i brečela. S nástupem na základní školu to nebylo o moc lepší. Spíš naopak. Uznávám, že jsem byla objemnější. Prostě mi chutnalo. Babička mě ráda krmila. Dávala mi sladkosti, starala se, aby vnučka neměla nikdy hlad. Babičky jsou všechny stejny. Paradoxem bylo, že mi na jednu stranu kupovala dobroty, ale pak kolikrát také říkala: „Už to nejez, ať nejsi tlustá“. Ale já jsem jídlo milovala, a tak jsem vždy s díky přijímala a tu porci na víc si prostě dala. A když mi někdo z rodiny řekl, ať se už necpu,

nevnímala jsem. No a tak jsem pomalu přibírala na váze více, a tím se hromadily i komentáře. Pamatuju si na spoustu poznámek mých rodičů, strejdy, sestřenice, dědy. Je to třeba už 14 let a já si to pamatuju, jako kdyby to bylo včera. Jednou jsme takhle třeba jeli k vodě se koupat. V autě seděl táta, máma, já, sestřenice a strejda. Auto bylo maličké, a tak jsme vzadu byli hodně namačkaní. A strejda, který seděl vedle mě, mě chytnul ze strany za břicho a řekl: „Ty máš ale špeky, holka.“ A tohle se opravdu mohlo stát tak před těmi 14 lety.. Bylo mi deset, ale pamatuji si to dobře. Neříkám, že jim to zazlívám. Měli pravdu, byla jsem špekáček. Ale neměla jsem z toho tehdy rozum. Prostě mě nechali, ať se krmím, tak jsem se krmila. Kolik jsem vážila, si nevzpomenu, ale asi dost na to, aby to okolí komentovalo. ‘‘ na chvíli se odmlčí.

„No a už tehdy se ve mně začaly hromadit komplexy a vztek samu na sebe. Styděla jsem se za sebe, svoje tělo, nechtěla jsem jezdit k vodě se koupat, protože jsem nechtěla vystavovat tělo v plavkách. Schovávala jsem se do ručníku, aby moje tlusté tělo nikdo neviděl. Na diety jsem ještě nemyslela. Tenkrát jsem neměla moc rozum z toho, že se může držet dieta a zhubne se. Trápilo mě, jak na mě okolí kouká, ale zároveň jsem se nesnažila to měnit. Pořád jsem se ládovala čokoládami, zmrzlinkami atd. Jen jsem se za sebe začala stydět, to bylo celé. Beze studu přiznávám, že mě mrzí postoj rodiny. Kritizovala mě, že jsem tlustá, ať se necpu, ale zároveň mi kupovala dobroty a pro takové malé dítě je to matoucí. Nechápe to.

Neví, co má tedy dělat. Nejist to, když je to doma? Já to moc nezvládala. Takže po asi milionech různých narážek, urážek, poznámek a komentářů, ve mně za ty léta narostla silná touha zhubnout. Byla jsem přesvědčená o tom, že jsem ošklivá a tlustá. Vlastně si z dětství pamatuji jen narážky ostatních. Jsem obecně hodně citlivá a tyto věci na mě zanechaly své stopy. Na dětství nevzpomínám ráda. Netrpěla jsem nedostatkem lásky, nebyla jsem šikanované dítě, ale byla jsem tlusté dítě a z toho důvodu i nešťastné. Chtěla jsem to změnit. Ten zlom přišel na základní škole, někdy v sedmé třídě. Začala jsem se fňtit do školy, s kamarádkou jsme si kupovaly nové hadříky, začaly zkoušet líčení. Chtěly jsme se líbit. Poprvé jsem se platonicky zamilovala do spolužáka a už to bylo. Moc jsem chtěla, abych se mu líbila, aby mě měl rád. Samozřejmě mě rád neměl. Taky o mě říkal, že jsem špekátá, mám velký zadek, jsem taková a maková. Kluci se mi smáli, holky mě pomlouvaly. Byly to těžké časy, na které nevzpomínám vůbec ráda. Tak moc jsem chtěla se svou postavou něco udělat. V té době jsem se rozhodla poprvé držet dietu. Začala jsem rozmyšlet, jakou dietu bych asi mohla začít držet a za jak dlouho by se mohly projevit její výsledky. Pamatuji si, že jsem se tenkrát ptala kamarádky: „A myslíš, že bych mohla za měsíc zhubnout deset kilo?“ zasměje se.

„Ona naproti mně byla štíhlounká, také jsem taková chtěla být. Pamatuji, si že mi to odkývala. A já si to už představovala. V duchu jsem si říkala, jak budu krásná, až budu štíhlá, jak se budu

líbit klukům a konečně budu šťastná. To mi bylo zhruba 14 let, jestli počítám správně. Věděla jsem od mámy, že když chce člověk zhubnout, tak musí i málo jíst. Ona v té době hodně držela různé diety, například jedla jen Tukožroutskou polévku. Celý týden se nesmělo jíst nic jiného, než ta polévka. Fakt byla odporná. Máma pořád chodila cvičit do fitness a opakovala mi, že pokud chci zhubnout, musím málo jíst. Jinak to nepůjde. Jednou tedy nadělala veliký hrnec té polévky a já to jedla s ní. Jenže mi to vůbec nechutnalo. Představa, že to budu jíst pořád a nic jiného, byla dost otrěsná. Vydržela jsem to tak den. Takže jsem měnila diety. Jednou jsem jedla jen ovoce, nebo jedla jen zeleninu, potom jsem pro změnu nejedla nic. Každá dieta z časopisu mě lákala. Chlubila jsem se rodičům, že jsem za celý den měla jen rohlík. Myslím, že mi na to máma odpověděla, že mám jíst víc. Během toho krátkého období, kdy jsem trápila tělo hladu, mi bylo jedno, že je to pro mě nebezpečné. Dokonce jsem si i kolikrát říkala „Radši budu mrtvá, než tlustá“ znovu se na chvíli odmlčí. „Tohle mě napadlo úplně na začátku, kdy jsem byla v rauši z toho, že teď prostě nebudu jíst, ať to stojí cokoli. Naštěstí moje hladovka dlouho netrvala. Když jsem už nevydržela, najedla jsem normálně a už to bylo. Výčitky, že jsem to nevydržela, že nikdy nezhubnu atd. V té době jsem se poprvé vyzvracela. Bylo mi 14 let. Pamatuji si to jako by to bylo včera, kdy mě chytl amok, a spořádala jsem tunu sladkostí. Nejdřív to byl skvělý pocit, konečně zase jím a všechny ty dobroty jsou tak dobré. Ale jakmile se žaludek naplnil, přepadly mě obavy „Co teď? Zase přiberu!“ Nemohla jsem to jídlo v sobě nechat a zahodit to úsilí předtím. Šla jsem se vyzvracet a bylo to v pořádku. Pamatuju si, jak jsem si pomyslela: „Paráda, můžu jíst a stejně nepřiberu, skvělý plán.“ Vrátil se mi pocit klidu a trochu i radosti, že jsem přišla na dobrou fintu, jak nikdy nepřibrat. Tohle šílenství mi vydrželo tak týden, potom přešlo a přestala jsem držet dietu. Už mě nebavilo skoro nejíst a taky mě nebavilo zvracet. V té době jsem si zvracení ničím nevyvolala, prostě samo přišlo. Jednou ale nepřišlo, prostě se mi žaludek sám nezvedl. Byla jsem z toho zoufalá. Měla jsem v sobě tolik jídla a věděla jsem, že se ho nezbavím. Nenapadlo mě si zvracení vyvolat. Díky tomuto jsem rezignovala a vrátila se k běžnému jídelníčku před dietou. Jenže moje komplexy neustaly, naopak to pořád sílilo. Zabavila jsem mysl tím, že jsem chodila s kamarádkami ven, řešila úkoly do školy a už ne, kolik vážím. Bohužel jsem byla pořád terčem hloupých poznámek na svá kila. Ve škole, na ulici. Šla jsem jednou s kamarádkou ven, procházela kolem nás parta kluků a ten jeden pronesl na mou adresu: „Podívej se na ni, ta vypadá.“ A rázem jsem byla zpátky ve svých komplexech. Když se dívám zpětně na fotky z té doby, nebyla jsem obézní dítě, byla jsem prostě oplácaná a to stačilo, aby měli ostatní potřebu mi to srkat pod nos. Nevím, jak se mi to podařilo, ale asi v deváté třídě nastal nový zlom a já si uvědomila, že musím začít jíst nějak jinak a začít se hýbat. Už nedržet přísnou dietu, protože ji stejně nikdy nevydržím. Vlastně jsem svým

způsobem dostala sama od sebe rozum. Už jsem měla načtené různé postupy, zdravé jídelníčky, takový ty osvědčené rady, co jsou hodně v časopisech. Upravila jsem jídelníček, jedla jsem docela pravidelně, malý porce a do toho cvičila dvakrát denně. Omezila jsem sladké, tučné, jídla jako je pizza, koláče. Poprosila mámu, ať kupuje jen LIGHT potraviny a pořád jsem studovala, co má kolik kalorií. Měla jsem i vytisknutou tabulku, kde byly kalorie nejčastějších jídel. Zнала jsem to nazpaměť. Zařadila jsem posilování na zadek a břicho, což byly mé problémové partie. To jsme měli doma taky rotoped, tak jsem na něm jezdila jako o život. No a vyplatilo se. Váha šla dolů, začala jsem sklízet úspěchy. Samozřejmě, že už v té době jsem byla totálně závislá na každodenním vážení, počítání kalorií, apod. Takto jsem úspěšně hubla asi půl roku. Líbilo se mi to. '' odmlčí se.

„ Okolí mě chválilo, byl to super pocit. Zmizela mi nadbytečná kila a dostala jsem se na váhu asi 65 kg, což mi přišlo jako dobré vzhledem k mé výšce 173 cm. Tento životní styl se mě držel poměrně dlouho, ale postupem času mně přepadly velké chutě. Hlavně na sladké. Nejprve jsem se držela, ale později si už povolila sem tam. Třeba jednou týdně jsem se nehlídala a jedla jsem, na co jsem měla chuť. To jsem ale nezvracela. Vše jsem si zapisovala do deníčku, včetně váhy. Po takovém dni mi váha stoupla třeba o 2kg. Nejprve tyto dny, kdy jsem se nehlídala, trvaly asi 4krát do měsíce, ale později to bylo častěji a častěji. Vyděsilo mne, že opět přiberu, pokud nepřestanu. A znovu jsem začala zvracet. Jenže teď už jsem nečekala, až to přijde samo. Prostě jsem si strčila prst do krku a bylo to. Takže jsem řekla, že jíst tak tučné jídlo opravdu nejde a šla jsem na WC se ho zbavit. Tenkrát mě tyhle stavy přepadly tak jednou, dvakrát týdně. Naštěstí jsem toužila po té zaběhnuté disciplíně a tyhle nálety na ledničku a následné zvracení, mi lezly na nervy. Opět jsem nasadila dietnější režim a přestala zvracet. Tenkrát jsem přecházela na střední školu, poznávala nové lidi. Bylo to pro změnu dobré časy. Spolužáci byli fajn, rozuměli jsme si. Žádný hloupý komentáře na moji postavu neměli. Popravdě ani neměli důvod. Měla jsem relativně normální váhu, rozhodně jsem už oplácaná nebyla. Proběhly i nějaké nové lásky, bylo mi fajn. Proto jsem přestala zvracet, přestala dohlížet na dietní režim a užívala si střední školy. '' chvíli mlčí, odkašle si.

„ Dopadlo to tak, že jsem skočila do opačného extrému. Poznala jsem nové kamarády, začali jsme spolu lítat po fast foodech, užívali si života, neřešily diety a podobné záležitosti. Nejvíce jsme právě chodili společně na jídlo. Bavilo nás to. U jídla jsme si povídali, byla sranda. Byla jsem klidná a v pohodě. Jedla jsem, co jsem chtěla, a bylo mi dobře, neměla jsem výčitky, že se nehlídám. Samozřejmě si to vybralo svou daň. Za dva roky na střední škole jsem šíleně přibrala. Bylo to dokonce přes deset kilo. Jestli jsem nastupovala na střední s váhou 65kg, tak po dvou letech jsem byla na nějakých 77kg. A to jsem měla asi 173 cm. Zanedbatelné to tedy nebylo.

Takže jsem začala hubnout. S nejlepší kamarádkou, kterou jsem znala z kurzu angličtiny, jsme se rozhodly, že přestaneme jíst hranolky a hamburgery a něco s tím uděláme. Začaly jsme držet dietu a každá doma cvičila. Potom jsme si říkaly, jak nám dieta jde. Místo toho, abych se vrátila k zaběhnutému, relativně zdravému hubnutí, jsem opět zešilela. Pamatuju si, že jsem i celý den prostě nejedla, abych zhubla. Večer jsem už doslova omdlávala, jak mi bylo špatně z hladu. Před rodinou jsem dělala, že jím, ale schovávala jsem jídlo do ubrousku, nebo ho dávala psovi. Nechtěla jsem jíst. Toto mi ale nevydrželo dlouho. Měla jsem velké chutě na jídlo. To je i důvod, proč mi nikdy tyhle anorektické pokusy nemohly vyjít. Nemohla bych přestat úplně jíst. Jeden den, co mi bylo špatně z hladu, jsem si už v hlavě připravila plán. Do pokoje jsem si vzala všechny dobroty, na které jsem měla za ten den chuť, s plánem je večer sníst. Měla jsem totiž šílený hlad. Samozřejmě součástí plánu bylo i zvracet. A tak to asi začalo moje zvracení na novo a tentokrát pořádně. Bylo mi 17 let. Snaha hubnout se mi vymkla z rukou a proměnila se v kolotoč zvracení a přejídání. Zatímco kamarádka zhubla zdravějším způsobem, já se propadla do pekla, ze kterého se do teď snažím dostat. Kupodivu jsem hodně zhubla. Vím, že se říká, že bulimií se nezhubne, ale já teda zhubla dost. ''

V: Uvádíš, že se bulimií nehubne, mohla by si toto tvrzení více rozvést?

I: „Určitě. Ještě na základní škole, když jsme probírali v občanské výchově PPP, nám naše paní učitelka řekla tuto větičku: „Bulimií se nehubne''. To mě tenkrát zarazilo. Jednak nevysvětlila proč a já se na to nezeptala, ale hlavně jsem na té základní škole už koketovala se zvracením a byla jsem přesvědčená, že se takto hubnout prostě musí. Byla jsem stydlivá a nechtěla jsem strhnout pozornost tím, že bych se jí zeptala. Raději jsem o tom hledala na internetu různé články a vysvětlení, proč se teda takto nehubne. V té době jsem nenašla nic. Pravý důvod jsem paradoxně zjistila až o několik let později, kdy už jsem měla rozjetou bulimií. V jedné z knih o PPP, které jsem četla, se psalo, že zvracení je neúčinné. Zvracení nepomůže v hubnutí, protože se většina kalorií rychle vstřebá. To byl pro mě šok, protože já přeci zhubla. Trochu mě to i vyděsilo. „Znamená to tedy, že už nebudu hubnout?'' Ale ani tohle zjištění mi potom nebránilo přestat zvracet. Vlastně jsem si i kolikrát řekla „Neblbni, stejně takhle nezhubneš'', ale zároveň jsem si odpověděla „Přece to v sobě nenechám, bolí mě z toho jídla břicho'' a šla jsem stejně. To byla i pravda. Záchvaty žravosti vždy stály za to. Pokaždé jsem měla bolesti břicha a nemohla jsem se skoro ani narovnat, jak mě bolelo. ''

V: Co pokládáš za příčinu svého hubnutí, za předpokladu, že zvracení je neúčinné?

I: „Určitě to bylo i tím, že když jsem zrovna nezvracela, tak jsem jedla opravdu málo. Ale já i tak zvracela dost často. Stalo se z toho pravidlo. Zvracela jsem i 5krát denně. Někdy i více. V tom nejhorším období jsem ani normálně nejedla, krom těchto záchvatů. Samozřejmě, že si

okolí začalo všimnat, protože jsem asi zhubla až moc. Po pravdě si nemyslím, že bych byla vyhublá, ale okolí mi říkalo, že jsem. Nejméně jsem vážila 57kg, ale tahle váha mi vydržela asi měsíc a šla zase nahoru. Celkově to bylo těžké období. Prožívala jsem náročný vztah, který mě vyčerpával. Utíkala jsem k jídlu, abych si něco vykompenzovala, myslím. Nebyla jsem šťastná ve vztahu, tak jsem se přejídala. Kluk si taky všiml, že jsem jiná. Krom toho, že jsem během krátké doby, 3 měsíců cca, zhubla na těch řečených 57 kg, jsem se začala měnit i po stránce psychické. Nejdřív jsem to vůbec nevnímala. Byla jsem podrážděná, pořád smutná, nervní a vybuchla jsem i kvůli maličkosti. Začali mi to říkat doma, začal mi to říkat kluk, začala mi to říkat nejlepší kamarádka, se kterou jsem hubnout začala. Postupem času jsem přestala udržovat vztahy s okolím. Neměla jsem na nikoho náladu. Starala jsem se jen o to, jak po škole půjdu do krámu, nakoupím si jídlo, které mám ráda a pak ho doma vyzvracím. Doslova jsem se na tyhle nálety těšila. To se mi hodně prodražilo. Byla jsem schopná za jeden nákup dát i 500kč. Minimálně však alespoň 200 Kč. Byla jsem studentka, takže to rozhodně zanedbatelná částka nebyla. Kapesné letělo do WC mísy. Doslova. Takových nákupů jsem udělala několik do měsíce. Pamatuji si, jak jsem jednou šla do krámu jen s dvacetikorunou, kterou jsem měla po korunách. Šoupla jsem do košíku sušenky za pár korun a letěla natěšená domů. Za ten den to byl můj asi pátý nákup a v peněžence jsem už neměla vůbec nic. To bylo opravdu nejhorší období. Začala jsem se hádat se svým okolím. Rodiče měli podezření. Byla jsem totiž hubená, ale jedla jsem kvanta jídla. Začalo to upoutávat pozornost, rodiče si všímali, že toho sním opravdu dost a přesto snad hubnu. Kluk mi pořád říkal, že jsem hubená, ať přiberu. Musím říct, že to pro mě byla spíš pochvala, než výtky. Po letech urážek a nadávek jsem byla já ta, které každý říkal, jak je hubená. Tyhle poznámky mi dělaly dobře a utvrzovaly mě v tom, že nechci nic měnit. Samozřejmě moje výkyvy nálad, výbuchy zlosti, to vše nebylo pochuti těm, který to ode mě schytali. S rodiči jsem se doma hádala, s kamarádkou jsem se bavila způsobem "ahoj" a zase "čau". Přestala jsem chodit na kurz angličtiny, který jsem měla tenkrát zaplacený ještě několik hodin minimálně. Doma jsem řekla, že už kurz skončil, aby se neptali. Lhala jsem snad úplně ve všem. Nic mě nebavilo. Takže změna byla patrná. Byla jsem už otrávená a našťvaná, když mi někdo vyčítal, že jsem jiná. Rozčilovalo mě to. „Copak jste nechtěli, abych byla hubená, když jste nadávali, že jsem tlustá? Tak co vám vadí?“ Takové jsem měla myšlenky.“ zdůrazní.

„Každopádně jsem na sebe tímto chováním upoutala pozornost. Táta za mnou jednou přišel a řekl mi: „Jak to, že jíš pořád tolik sladkostí a seš takhle hubená?“ Odbyla jsem ho, že mám rychlý metabolismus. Někdy se i stalo, že doma už nebylo jídlo, ale já měla hrozný hlad. Řekla jsem, že jdu s košem a při té příležitosti jsem šla do krámu a koupila si sladkosti. Musela jsem si jídlo schovávat, abych nevyvolala podezření. Samozřejmě, že na veřejnosti jsem tolik nejedla.

Třeba ve škole jsem nejedla vůbec. Tam jsem neměla ani chuť a vydržela jsem bez jídla celé dopoledne bez problémů. Vše se to odehrávalo doma. Máma si něco přečetla na internetu o poruchách příjmu potravy a jeden den, když jsme se zase hádaly, na mě vykřikla, že musím mít bulimii, protože jsem pořád nepříjemná a to je jejím znakem. Odbyla jsem i tohle a nevšímala si jí. Ale už jsem tušila, že je zle. Že mi to prostě nebude dál procházet. Nemohla jsem ale jít s pravdou ven. Tak jsem lhala, lhala a zapírala.''

V: Pokus se popsat, jakým způsobem si své zvracení tajila.

I: Po záchvatech přejídání jsem šla do koupelny, tam se zavřela, zamkla a zvracela. Asi každého napadne, proč to nebylo rodičům divné hned. Já se totiž do té doby nikdy v koupelně nezavírala. Kupodivu jim to divné nebylo. Řekla jsem prostě, že už jsem starší a chci mít v koupelně klid, aby mi tam nikdo nelezl. Takže mi tenhle způsob procházel opravdu dlouho. Tak půl roku možná. Během dne jsem něco málo snědla, aby mi nebylo zle. K večeru už jsem měla hlad i chuť, a jakmile jsem si dala kousíček jídla k večeři, chtěla jsem víc a víc. Nemohla jsem se zarazit a sníst jen přiměřenou porci. Musela jsem se rovnou přejíst. Po večeři jsem se šla koupat, vyzvracela se a nikdo nic nepoznal. Jedla jsem hodně jídla i tajně, abych tolik nevyvolávala podezření. Při záchvatu totiž nestačí jen jedna porce večeře. Musíte toho sníst vážně hodně, někdy až do pocitu 'prasknutí' žaludku. Měla jsem jídlo schované ve svém pokoji. Před nimi jsem si dala večeři a pak se dojedla ještě sladkostmi, brambůrky apod. Ale tyhle stavy mě přepadaly mnohem častěji, než jen při večeři. Musela jsem vymýšlet záminky, proč se zavírat v koupelně. Někdy to bylo třeba to, že si jdu holit nohy, pak zase, že si jdu přeprat tričko nebo umýt vlasy. Prostě jsem vymýšlela jednu hloupost za druhou a oni mi to věřili. Ne na dlouho. Čím víc měli podezření, tím víc mě hlídali. Začali chodit do koupelny, když jsem byla zavřená a kontrolovat, jestli tam něco nedělám. Dělali to nenápadně, táta si šel třeba pro nůžky na nehty nebo tak. Nikdy mě ale nechytili. Spíše to bylo o štěstí. Ráno a dopoledne bylo bez problémů, to jsem byla ve škole, kde jsem tohle nedělala. A odpoledne jsem pro změnu byla doma sama, kde to nikdo nevěděl. Takhle jsem řešila i rodinné večere, obědy, oslavy atd. Prostě jsem se najedla a šla zvracet. Žádné místo nebylo překážkou, teda ani restaurace. Jednou jsem jela s mámou za její sestrou do Brna. Jely jsme vlakem a ve vlaku vytáhla slané pečivo, něco na způsob mini pizzy. Samozřejmě, že jsem neodolala. Ale nechat v sobě takhle kalorický jídlo? Neexistovalo. Šla jsem zvracet i ve vlaku plným lidí. Když si vzpomenu zpětně, tak nechápu, že na to nikdo nepřišel dřív. Bylo to hrozně nápadné. Jednou jsme třeba jeli s rodiči za tetou k ní na statek a cestou jsme se stavili v supermarketu. Já si do toho košíku naházela asi pět čokoládových sušenek, čokolády atd. To jsem ale v té době všem tvrdila, že se snažím jíst zdravě, že držím dietu. Ani tak to nepřišlo nikomu zvláštní. Potom jsme přijeli, já si tyhle věci rychle

přehodila k sobě do tašky, hodila do pokoje a tajně je tam jedla. Během dvaceti minut jsem spořádala jídlo, který by někomu jinému spolehlivě vydrželo několik dní. V určitý fázi bulimie už nejde ani o to, co jíte, ale že jíte. Nejdřív jsem jedla, protože jsem nevydržela odolávat pro mě zakázaným věcem. Zvracela jsem, abych nepřibrala. Ale později jsem už zvracela, protože to byl můj zvyk. Potřebovala jsem se přejíst a pak zvracet. Nešlo už o to, že mám chuť na nějaké jídlo. Ani jsem si neužívala ten proces jezení. Házela jsem to do sebe jak blázen, skoro jsem nekousala'' chvíli se odmlčí. „Z toho jsem tedy rozhodně žádné pocity uspokojení neměla. Opravdu už to byla ta nutnost se přejíst a zvracet. Ale abych se vrátila k příběhu. Zatímco si teta s mámou povídali v kuchyni, jsem já zoufale vymýšlela plán, jak se jídla zbavit. Ze začátku jsem tyto svoje chutě zvládala ovládat a vydržet, dokud jsem nebyla sama. Postupem času mi tato touha po jídle přerostla přes hlavu. Začala jsem se cpát i ve chvíli, kdy jsem tušila, že je to velmi riskantní a bude těžké nevyvolat podezření. V případě tetina statku, jsem se zavřela na záchodě, pustila hlasitěji rádio v hlavní místnosti, aby nic nebylo slyšet, a zvracela jsem. A tohle mi bez problémů prošlo. Vyšla jsem ven a nikdo se neptal. Opravdu to nechápu. Byla jsem vždycky tak zoufalá z toho, že jsem snědla tolik jídla a že se ho přeci musím nějak zbavit, že jsem vůbec nepřemýšlela. Udělala bych cokoli. Když jsem nemohla jít zvracet, například když byli všichni doma a věděla jsem, že už by mi nemuselo projít, šla jsem třeba ven a zvracela někde do keře. Jindy jsem se zase zavřela v pokoji, vzala igelitku a vyzvracela se do té igelitky. Tu jsem pak musela druhý den vyhodit. To zoufalství bylo strašné. Potřeba se přejíst mě přepadala čím dál častěji, nedokázala jsem jídlu odolat. Někdy se frekvence vyšplhala i na 8 zvracení za den. Potom se to ale začalo zhoršovat. Čím více jsem za den zvracela, tím méně bylo jídla, které by ve mně zůstalo. Začala se mi točit hlava, bylo mi celkově slabo a špatně. Motala jsem se. Zatmělo se mi před očima. Po zvracení se mi i častokrát stalo, že jsem se celá rozklepala, začalo mi hučet v uších, zatmívalo se mi před očima. Měla jsem strach, že snad omdlím. Bylo mi tak zle, že jsem si musela vzít k jídlu alespoň něco, aby se tělo uklidnilo. Třeba mandarinku, nebo kousek suchého rohlíku. Když to tak vyprávím, tak se divím sama sobě, že mě to nedonutilo přestat. Bohužel ne. Nejde si říct: „Tak a teď už budu jíst normálně!'' Respektive si to řeknete, ale vydrží to třeba jedno dopoledne. Já jsem si stokrát možná tisíckrát řekla, že už takhle nemůžu žít dál, že to okamžitě musí přestat. Jenže je s vámi ten hlásek, který našeptává pořád to samý: „Dej si ještě kousek, je to moc dobré. Dej si, dej si, dej'' a potom, jakmile si opravdu to jídlo dám, už mluví jinak: „Jak si to mohla sníst? Přibereš, to ti nevadí? Zbav se toho.'' A tohle všechno se honí hlavou a nejde se toho zbavit. Já jsem chtěla žít a jíst normálně, chtěla jsem být zdravá. Jenže je to silnější než ta potřeba být zdravý a ochránit svoje tělo před tímhle vším. Prostě jsem nemohla přece přibrat. Zvláštní je, že jsem neměla problém

s tím zvracet doma a používat metody, které byly do očí, ale například v restauraci, jakmile jsem vyšla ze záchodu, jsem měla nutkový pocit, že to každý ví. Že to na mě poznají. Jestli poznali, to opravdu netuším.'' vzdychne.

„ Zpětně musím přiznat, že jsem byla zcela posedlá. Pořád jsem se vážila. Já stála na váze ráno, dopoledne, v poledne, večer i před spaním. Pořád jsem se převažovala a řešila, kolik vážím. Počítala jsem kalorie jídel, který jsem nezvracela, který jsem jíst musela, abych neomdlela. Nezvracela jsem totiž všechno. Pokud jsem si vzala třeba jeden rohlík, neměla jsem potřebu ho jít zvracet. Ale když jsem třeba šla výjimečně ven s kamarádkou a snědla s ní něco, co bych jíst neměla, pořád jsem nad tím přemýšlela. V duchu jsem si přemítala, kolik to mělo kalorií a jestli nepřiberu. Zvažovala jsem možnosti, zda jít zvracet, nebo to nechat. Většinou jsem to tak nechala. Byla jsem přeci s kamarádkou a to se nehodilo. Měla jsem zábrany, zdá se.''

V: Mohla bys popsat, kolik si toho během jednoho záchvatu cca snědla?

I: *„Kolik jsem toho snědla, bylo různé. Ale každý záchvat byl větší a větší. Jednou jsem snědla třeba pytlík brambůrek, několik rohlíků, čokoládu a už jsem byla plná. Poté, ale tohle byl teprve začátek a snědla jsem toho mnohem víc. Tláskala jsem vše, co mi přišlo pod ruku. Čokoládu, sýry, mléko, křupky, uzeniny, chleba, housky, pomazánky, zmrzlinu...Spousty jídel. Pokud bych měla vyjmenovat ty velké nákupy za 500 Kč, tak to bylo vždy to stejné jídlo. Několik druhů čokoládových tyčinek, jedna nebo dvě čokolády, několik pytlíků brambůrek, někdy i mražená pizza, slané pečivo, bagety, zmrzlina, oříšky, apod. Od všeho něco. Tyhle nákupy ale byly plánované. Zatímco večer doma to byl vždy už důsledek hladu. Vzala jsem si třeba chleba se šunkou a dál jsem nechtěla už jíst. Jenže s jídlem roste chuť. Dojedla jsem chleba a vzpomněla si, že máme ještě čokoládu. Tak jsem si ulomila kousíček čokolády. Po deseti minutách druhý, a další, další a pak už to nešlo zastavit. Snažila jsem se na to jídlo nemyslet, ale bylo to silnější než já. Nebyla jsem schopná myslet na něco jiného, než jídlo.*

No a tohle vše se taky po zásluze provalilo. Doma to prasklo tak, že jednou táta přišel nečekaně domů a já zrovna zvracela. To jsem se opravdu už vymluvit nemohla. Hold to bylo venku. Do té doby měli doma jen tušení, například mi pořád vyčítali, že je špinavý záchod od zvratků a já se pořád vymlouvala, že to není ode mě. Že je prostě jen špinavý záchod. Ale Tak teď jsem se bránit nijak nemohla. Musela jsem jít s pravdou ven. Následky byly jasné, půjdu se léčit. Souhlasila jsem. Neměla jsem totiž na výběr. Během cca dvou dní jsme už byli u mojí obvodní lékařky, která se mě ptala na problémy s jídlem. Tenkrát mi bylo čerstvých 18 let a měla jsem ještě dětskou obvodní lékařku. Znala mě od malička a moc ji to překvapilo. Rodiče museli jít pryč, protože jsem to nemohla říkat před nimi. Smutné je, že mi sama paní doktorka říkala:

„Vidiš, jak si strašně vyzáblá?“ Já to neviděla a stále si nemyslím, že bych byla tenkrát vyzáblá. Ačkoli je pravda, že mi byla pořád zima. Bylo to sice zrovna zimní období, ale zima mi byla i v místnostech, kde ostatním bylo teplo. Musela jsem nosit punčochy, chodit ve svetrech, rozhodně nepřipadalo v úvahu, abych byla někde jen v tričku. To bych asi umřela. Měla jsem pořád studené ruce, bylo mi chladno. Často jsem měla úplně fialové nehty z té zimy. Ano, asi jsem byla vyhublá, když nad tím uvažuji. Ale ve srovnání s holkami, co mají anorexii, trvám na tom, že takhle vyhublá jsem opravdu nebyla. Každopádně co následovalo, si pamatuji do dnes. Byl to pro mě zlomový moment, kdy mi došlo, že jsem nemocná. Do té doby jsem si to nějak nechtěla připustit. Ale když jsme jeli s rodiči domů od doktorky a táta držel v ruce zprávu, kde bylo napsáno, že trpím bulimií, rozbřečela jsem se. Prostě mi to najednou došlo. V tomto směru byl tento moment zlomový, v jiném ohledu bohužel ne. Nedonutilo mě to se změnit. Následovalo sezení u psychiatra. První sezení jsem musela říct vše, jak to začalo, co dělám a proč atd. Jenže já tomu panu doktorovi vůbec nedůvěřovala. Nechtěla jsem s ním cokoli řešit, byl cizí, a co je mu potom. Snažila jsem se spolupracovat hlavně pro okolí. Chodila jsem pravidelně na sezení. Každé trvalo zhruba deset minut. Pan doktor se zeptal, jak se mám, a já řekla, že dobře. Dal mi recept na antidepresiva a já šla domů. Do teď nevidím smysl v takové léčbě. Taková nemoc je v hlavě a nevěřím, že antidepresiva můžou odstranit příčinu. Maximálně tak usměrní příznaky. O tom jsem přesvědčená dodnes. Tato sezení mi přišla jako ztráta času. Uznávám, že asi pan doktor nemohl být moc nápomocný, když jsem se mu nesvěřovala, jak to se mnou doopravdy je. Místo, abych mu řekla, že zvracím pořád, říkala jsem, že pomalu přestávám. To byla pěkná blbost. Byla jsem hloupá, ano. Ale tak to bylo. Rodiče byli rádi, že se léčím a doma začal být klid. To přineslo radost oběma stranám. Mně i jim. Já samozřejmě zvracela dál, ale tentokrát jsem už byla vynalézavější v tom, jak to skrýt. Samozřejmě to nešlo skrýt vždy. Jednou jsem se přejedla a potřebovala jsem to okamžitě ze sebe dostat. Jenže jak, když rodiče byli doma? To zoufalství bylo šílené. Šla jsem za tátou a řekla mu, že mám stav, kdy se chci vyzvracet. Řekl, že to chápe, ať myslím na něco jiného. Jenže mě nešlo o to, aby mě uklidnil. Mně šlo o to, aby mi to dovolil! Až takhle jsem byla na dně. Věřila jsem, že mi dovolí jít zvracet. Opravdu jsem v té době neměla vůbec rozum. Veškeré logické myšlení tyhle nemoci tlumí. Člověk nepřemýšlí rozumně. Udělá všechno proto, aby se mohl zbavit snědeného jídla. Ale jak to řešit dál? Buď jsem zvracela, když nebyli doma, nebo jsem to řešila již zmíněnou igelitkou. Já vím, není to zrovna pěkné a nejsem na to pyšná. Ale až sem je člověk s touto nemocí schopen dojít. Uchýlí se i k odpornostem, jen aby nepřibral. Nevidí, neslyší. Jediné, co řeší, jsou kalorie, jídlo a váha. Samozřejmě mě trápilo, co se mi děje. Nebylo to tak, že mi to bylo jedno. Byla jsem pořád smutná, snadno jsem se rozbřečela. Vše mi připadalo zoufalé, beznaděnné. Ztratila jsem radost

ze života. Proto jsem se i svěřila kamarádce, které jsem hodně věřila. Musela jsem to ze sebe konečně dostat ven. Tentokrát obrazně řečeno. Svěřit se někomu. Kamarádka zareagovala šokem samozřejmě, ale zároveň jí zapadly kousky skládačky. Všimla si, že jsem hodně zhubla a že jsem jiná. Nejen ona. I ve škole si moc dobře lidé všímali, že jsem během krátké doby výrazně zhubla. Občas zaznělo něco o anorexii. To jsem ale vůbec neřešila. Názory jiných lidí mě nezajímaly. Svěřila jsem se jen té jedné kamarádce. Potom se mi ulevilo. Později jsem se takhle svěřila zhruba dalším třem lidem. První kamarádka, která se o tom dozvěděla, mi radila, ať to řeknu tehdejšímu klukovi. Že by mi mohl pomoci. Podpořit mě psychicky a být mi oporou. Byl pro mě tehdy důležitý, a tak jsem to řekla. Jenže jak mi mohl pomoci, když mě nebral vážně. Jeho reakce byla: „To je blbý.“ Od té doby se mě možná tak jednou dvakrát zeptal, jestli už jím normálně, ale jinak se semnou o jídle nebavil. Jestli opravdu věřil, že se zeptá holky s bulimií „Už jíš normálně?“ a ona mu odpoví pravdu, musel být naivní.“ při těchto slovech Pavla zvýšil hlas. „Ale spíš ho to příliš nezajímalo.“ dodá a zhruba pět vteřin mlčí. „Není třeba dodávat, že ten vztah brzo skončil. Setkala jsem se i s reakcí kamaráda, kterému jsem se svěřila, která mě také překvapila. Řekl: „No a co, toho naděláš.“ Ten mě tedy zvláště nebral vážně. Naopak jsem od něj odcházela s pocitem, že dělám z komára velblouda. Považovala jsem bulimii za velký problém. Jinak reakce byly tolerantní. Chtěli mi pomoci. Jenže jak pomůžete někomu, kdo si pomoci nechce nechat? Těžko. Stále jsem docházela k panu doktorovi, dostávala recepty na antidepresiva a dál žila jako předtím. Jednou jsem šla od doktora rovnou do krámu a koupila si tašku jídla. Jak ta taška dopadla, asi nemusím vysvětlovat.“

V: Jak bys popsala účinnost léčby antidepresivy?

I: „Nulová“ velmi rázně až pobaveně odpoví a pokračuje „Takto bych ji popsala jedním slovem. Vlastně si myslím, že vyléčit někoho, kdo se léčit nechce, je házení hrachu na zeď. Takový člověk nemá motivaci, jednoduše nechce. A kde není vůle, tam není nic. Já jsem na jednu stranu chtěla být zdravá, ale na tu druhou jsem neměla zájem o to usilovat. Prostě jsem se nesnažila jíst normálně. Antidepresiva jsem brala taky, jak se mi zachtělo. Někdy jsem na ně úplně zapomněla. Mohlo to být i tím, ale jsem obecně proti těmto lékům. Nemyslím si, že antidepresiva jsou dobrým způsobem, jak vyléčit lidskou mysl.

Pak mě taky poslali do jednoho centra v Praze, abych tam mluvila s jinou paní doktorkou, která mě měla doporučit na skupinovou terapii. Šla jsem za ní, mluvila s ní asi hodinu. Hodina skončila a ona řekla, že nevidí důvod, proč mě tam posílat. Zdám se jí v pořádku. Povídala si se mnou o tom, jak to chodí doma, jestli jíme všichni spolu a pravidelně. Po pravdě jsem odpovídala, že ne. Nebyl na to čas. Často jsme se ani všichni doma nesešli. Máma totiž nevaří. Jednak ji to nebaví a jednak chodí z práce pozdě, kdy už vařit nestihá. Mám taky mladší sestru,

kteřá chodí na jídlo k babičce. No a tak paní doktorka usoudila, že jsem v pořádku, ale je třeba zlepšit jídelní režim v naší domácnosti. Samozřejmě, že jsem v pořádku nebyla, ale to jsem jí už nedala poznat. Záchvaty zvracení, které nevymizely, jsem jí zamlčela. Byla jsem sama proti sobě. Ale nechápej mě špatně, já jsem chtěla být zdravá. Kdo by chtěl být dobrovolně nemocný? Ale nebyla jsem schopná s tím začít bojovat. Přála jsem si moc být zdravá, ale asi jsem myslela, že se jednoho dne probudím a bulimie bude pryč. Nesebrala jsem v sobě to odhodlání něco měnit. Nevěřila jsem, že to dokážu. Když už jsem se rozhodla, že budu jíst jako normální lidi, tak mi to vydrželo opravdu jen pár hodin. Pak se někde objevilo jídlo a už jsem se opět ládovala a stála na záchodě s prstem v krku. Potom jsem si to samozřejmě strašně vyčítala. Byla jsem na sebe našťvaná, jaký jsem slaboch. Dál mi po pravdě těch několik let potom splývá. Pokud řeknu, že jsem onemocněla asi v 17 letech, tak se s bulimií potýkám dodnes. Tedy 7let. To je dlouhá doba.''

V: Jak to máš tedy s jídlem teď, naznačuješ, že stále stejně

I: „Tak ano i ne. Označuji popsané období za to 'nejhorší'. To je pravda, opravdu bylo. Od té doby pár let uběhlo. Nejhorší bylo to období na střední. Od těch 17let, co se to rozjelo a zhruba další dva roky. Potom jsem odešla ze střední školy, nastoupila na vysokou. Potkala jsem nové lidi, zažívala nové věci a moje bulimie se umírnila. Měla jsem hodně starostí se školou, neměla jsem čas zvracet. Díky tomu jsem překonala to nejhorší. Samozřejmě jsem ale nebyla vyléčená. Jen jsem se přestala přejídat a zvracet několikrát denně. Ted' se takové věci děly třeba jednou, dvakrát týdně. Uběhlo dalších několik měsíců a já jsem potkala nového kluka, znovu se zamilovala. To jsem přestala zvracet úplně. Neměla jsem na to vůbec myšlenky. Byla jsem šťastná a spokojená. To trvalo třeba 4 měsíce. I když, abych byla úplně upřímná, v tomto období nastal také moment, kdy jsem se vyzvracela. Byla jsem zhruba dva měsíce bez těchto záchvatů a najednou mě přepadla zvláštní touha zvracet. Nešlo mi o to se přejíst. Neměla jsem ani chuť na jídlo, které bylo v domácnosti. Byl to spíše pocit, že jsem to už dlouho nedělala a je to přeci zvyk. Takže jsem vzala do pusy něco málo, co doma bylo, a stalo se. Věděla jsem, že tohle není v pořádku. Nebyl tu totiž ten spouštěcí moment jídlo, které mě láká. Byla to dlouhá odmlka zvracení, která mě znervózňovala. Od té doby se celkově motám mezi etapami, kdy zvracím buď několikrát týdně, nebo i klidně vůbec. Tohle vůbec vydrží třeba tři, čtyři týdny. Je to jak kdy. Ale už to není jako na střední škole, kdy jsem nedělala nic jiného a soustředil se celý můj život jen na to. Od těch 17 let jsem měla různé váhové výkyvy. Nebyly moc zásadní ale. Naposled jsem přibrala v prváku na veřejce. To bylo v té době, kdy jsem se znovu zamilovala. Neměla jsem ani výčitky, že jsem přibrala. Což nechápu. Jedla jsem a neřešila jsem to. Potom ovšem někdo z okolí pronesl narážku, něco ve smyslu, že se zase moc nehlídám a je to vidět. Myslím, že to

byl soused, co k nám přišel na návštěvu. Delší dobu mě neviděl a všiml si, že jsem přibrala. Nepřibrala jsem zase tolik, myslím, že to bylo zhruba 6 kilo. Ale asi to bylo znát a to mě zarazilo. Tak jsem začala opět hubnout. Je to šílené tohle. Na jednu stranu ti lidi vyčítají, že jsi moc hubená, pak přibereš a slyšíš, že se nějak moc zakulacuješ. A kdo má být v tomhle světě zdravý? I kdybych se neřešila já sama, tak mě pořád řeší okolí. Já jsem na tyhle poznámky citlivá, takže to padá na úrodnou půdu. Naštěstí jsem začala hubnout rozumně. Žádný radikální hubnutí. Snažím se jíst zdravě. Pokouším se dodržovat rozestupy mezi jídly tak ty 3 -4 hodiny. Ovoce, zelenina. Takový ty doporučení, co jsou obecně daný, jako zdravý jídelníček. Rozhodně nedržím redukční diety. To už dávno vím, že nemá smysl. Zhubla jsem sedm kilo během asi roku, to mi přijde jako v pořádku. Co se bulimie týče, tak mě neopustila. Je to hodně teď nárazová věc. Jsem schopná třeba měsíc nezvracet. Pak zase se to spustí a zvracím třeba 4krát do týdne. A pak zase klid. Někdy, když mě přemůžou chutě, se prostě přejím a vyzvracím a pak zase jím normálně. Tohle je můj nynější stav. Asi to není typické jako z učebnice, ale tak to mám. ''

V: Jaký je tvůj vztah k jídlu?

I: „Já jídlo miluju. Opravdu jo, jím ráda, užívám si to. Pěkně si k jídlu sednu, abych na to měla klid. Snažím se dodržovat zásady zdravé výživy. Nepřejídat se. I když to poslední zní asi směšně, tak opravdu jo. Dodržuju pitný režim. Byly doby, kdy jsem i pravidelně cvičila. Ted' to ale flákám, přiznávám, že jsem líná. K jídlu mám vztah kladný. To je proměna. Předtím mě jídlo ničilo. Nedokázala jsem se najíst normálně. Bud' jsem se přejedla, nebo jsem nejedla. Upřímně nechápu, co se stalo, že ted' si někdy pořádně dopřeju, třeba právě ve fastfoodu a zvracet mě to nenutí. Samozřejmě jak kdy, ale to na té střední škole opravdu neexistovalo. Tam jsem zvracela pokaždé. Obecně se ale změnil můj postoj k jídlu. Dřív jsem si ho neužívala, prostě jsem se najedla nebo přejedla a nic mezi tím. Taky jsem vyloženě nesnášela, když se někde kolem mě ládoval něčím. Třeba táta, když do sebe cpal párky a klobásky, vařila se ve mně krev. Na jednu stranu mi z toho bylo zle, že se tak cpe a je mu jedno, jak bude vypadat. Na tu druhou jsem asi měla sama hlad a vztek, že se nemůžu nikdy takhle bez výčitek najíst. To ted' už neprožívám. Jídlo si užívám, vychutnávám. Pokud přede mnou někdo jí, je mi to jedno. ''

V: Jak se měnil Tvůj postoj k vlastnímu tělu během poruchy stravování?

I: „Nejdřív jsem ho nesnášela a styděla jsem se za něj. Potom, když jsem hodně zhubla, jsem naopak byla docela pyšná na svoje tělo. Nebyla jsem žádná modelka to ne, ale neměla jsem se za co stydět ze svého pohledu. Hubená holka no. A ted'? No těžká otázka. Je milion věcí, který se mi na sobě nelíbí, který bych hned odstranila. Například stehna a zadek. Vůbec se mi nelíbí. Možná kdybych cvičila, spravilo by se to. Jenže já se do toho nedonutím. Snad jednou jo. A co se váhy týče, tak s tou jsem více méně spokojená. Vážím víc, než v nejhubenějším období a

zároveň ne tak moc, abych měla nutkání hubnout. No možná to jedno kilo by mohlo dolů, ale která ženská to o sobě neřekne? To je právě to. Většina se sebou nejsme spokojení. Otázka je, kam až ta nespokojenost dojde. Já jsem momentálně tak na půl spokojena a tak na půl nespokojená. Ale své tělo mám více méně ráda. Někdy více, někdy méně.''

V: Říkala jsi, že se tvoje vztahy s okolím zhoršily. Jak vypadají teď?

I: „No tak je to o dost lepší samozřejmě. Už nejsem tak smutná, depresivní a úzkostná, jako jsem byla. Myslím, že mě ve velký míře ovlivňovala bulimie. Byla jsem šílená z toho, jak se přejídám a zvracím. Deptalo mě to fyzicky i psychicky. Ted', když ta četnost je oproti minulosti minimální, jsem vyrovnanější. Samozřejmě v tom hraje roli i věk. Jsem starší, hodně věcí беру jinak. S přáteli se snažím vycházet dobře. Mám přítele, občas to není ono, ale dá se říct, že na stránce vztahů jsem na tom lépe, než kdysi. S rodiči se to uklidnilo nejvíce, což jsem ráda. Vycházíme spolu. Roli v tom hraje i fakt, že jsem se odstěhovala a bydlím s přítelem. Tudiž se nevidám s rodiči tak často, ale přesto jsou naše vztahy o mnoho lepší. Nebudu popírat, že nynější přátelé o mé nemoci neví. To ví jen hrstka lidí a s nimi se už téměř nevidím. Nemám ani potřebu jim to říkat. Není to něco, co by člověk vytruboval do světa. Příteli jsem to řekla. Nejsem totiž zcela vyléčená a je správné, aby to věděl. Vzal to dobře, snažil se mi pomoci. Ted' se o bulimii s nikým už nebavím. Rodiče nevědí, že nejsem vyléčená. Ačkoli dlouho podezření ještě měli. Koneckonců jsem se nikdy nevyлéčila a nemusím asi vysvětlovat, že to mé horší období trvalo i dlouho potom, co jsem navštěvovala psychiatra. Tudiž i v době, kdy jsem je utvrzovala v tom, že už jsem v pořádku a bydlela ještě doma. Posun vidím hlavně v tom, že bych už nedala přednost jídlu před lidmi. Neexistuje, abych někomu řekla, že nemám čas se sejít a přitom si plánovala odpoledne nad WC mísou. To je naštěstí za mnou. Také už nechodím na drahé nákupy a domu si nenosím tašky sladkostí. Pokud se přejím, je to většinou něčím, co je v domácnosti. Někdy to sním a nemám potřebu jíst dál a někdy to zase přeskočí v záchvat a už to jde ven.''

V: Ještě se zeptám, zda měla Tvoje nemoc dopad na Tvůj sexuální život?

I: „To nevím. Na té střední škole, kdy jsem měla kluka, o kterém jsem se zmiňovala, to dopad nemělo. Byla jsem tenkrát hodně hubená, nestyděla jsem se za sebe. Neměla jsem problém s intimitou. Ted' je to horší. Rozhodně se už stydím víc. Jak říkám, nejsem se sebou 100% spokojená. Je hodně věcí, co se mi nelíbí a co by partner vidět nemusel. Ale to je asi celý dopad na sexuální život. Neřekla bych, že se to v mém případě nějak výrazně odrazilo.''

V: Co považuješ za příčinu stravovacích problémů?

I: „Jak jsem řekla, spěla jsem k tomu dlouho. Jednak v naší rodině jsou odjakživa nezdravé stravovací návyky. Jídlo nemělo nikdy rád. Každý jedl, kdy chtěl a co chtěl. Taký zdravý životní styl je pro naši rodinu španělskou vesnici. U nás se vždy jedla tučná jídla, co moc zdraví

neprospívají. Díky tomu jsem si vypěstovala nadváhu a to mě uvrhlo do komplexů. Byly to hlavně ty poznámky okolí, které mě srážely. Každá z nich mě ranila. Kdyby mě ostatní neřešili, asi bych se taky neřešila. Celkově se lidi vzájemně příliš řeší. Kdo jak vypadá, kdo zhubnul, kdo by zhubnout měl. Je toho hodně, co lidi sledují. Já jsem se díky tomu taky začala sledovat. Byla jsem nespokojená, protože ostatní se mnou byli nespokojení. Nechci to házet na lidi kolem, uvědomuji si, že si za své problémy můžu sama. Je určitě hodně lidí, co nad takovými řečmi mávne rukou. Já nad tím rukou nemávla. Jsem citlivá, někdy až příliš. Vše si moc беру. Ale ono je to celkově hodně těžké neřešit postavu a kila. Je to číslo jedna, co snad řeší úplně každá ženská. Já jsem taky hodně projížděla internet a hledala si různé informace o dietách. Narazila jsem přitom na články, kde třeba byly vyfoceny i holky, trpící anorexií. Já se v té době přistihla, že chci být taky tak hubená. Nebo jsem zapnula televizi a byla tam nějaká modelka, která měla o deset kilo méně jak já. Říkala jsem si hned, že jsem šíleně tlustá naproti ní a že to přece není možný, když měříme podobně. Ted' už vím, že většina z nich má anorektickou váhu a asi ji nijak zdravým způsobem nedosahuje, přesto si pořád přeju vypadat jako ony. A to, i když vím, že je to hloupost. V době, kdy jsem ze svého pohledu, na tom byla nejhůř, jsem třeba často četla i ty Pro-ana blogy, co píšou holky, který mají taky problémy s jídlem. Četla jsem to, abych tam našla nějaké triky, jak hubnout efektivněji. Naštěstí jsem se neuchylovala nikdy k žádným projímadlům a podobným věcem, které tam radily užívat. Na to bych nikdy nesáhla. Ale jednu dobu jsem byla doslova závislá na čtení těchto blogů. To byla svým způsobem taky droga. Věděla jsem, o čem tam mluví, chápala jsem je. Ty články mě utvrzovaly v tom, že přibrat nesmím, protože to je opravdu špatné. Ted' ty články už nečtu. Tím chci říct, že je těžké vyhnout se hubnutí. Hodně se o něm mluví a člověk má pocit, že by hubnout měl, protože to je normální a dělá to snad každý. Takže, abych odpověděla, považuji za příčinu svou nadváhu, která vyvolala komentáře lidí, kteří mi pomohli si uvědomit, že být tlustá v tomhle světě je za trest."

V: Jaké jsou Tvé plány v oblasti léčby?

I: „Dobrá otázka, kterou si kladu i já. Po pravdě netuším. Na jednu stranu se snažím jíst relativně zdravě, navštívila jsem i paní doktorku, která mi zkontrolovala jídelníček. Takže vím, že jím v rámci možností dobře. Samozřejmě relativně. Už tolik nedodržuji tu zdravou výživu. Já jsem od začátku přesvědčená o tom, že člověk se musí pro vyléčení rozhodnout, aby toho nějak dosáhl. Prostě když chci, tak to nějak půjde. Já pořád nechci tolik, abych něco změnila. Ted' si říkám, že bulimie můj život neohrožuje tolik jako předtím, neodráží se na mojí psychice, jsem v pořádku. Ono to je i tím, že kromě zmiňovaných stavů po zvracení, kdy jsem se třeba celá třásla, se u mě žádné zdravotní následky neprojevíly. Samozřejmě zatím. Ale aspoň o žádných nevím, je pravda, že co se děje uvnitř v těle, to nevím. Na venek se ale neprojevalo nic a možná

na to hřeším. Víím, že takhle si to omlouvat, je špatné. Jenže sama v sobě cítím, že nikam na léčení jít nechci. Neumím si představit, znovu docházet za psychiatrem. Opět by mi dal prášky. Ani nemyslím, že jsem případ do nemocnice. Tam patří jen závažný stavy. Terapie skupinové a podobné nechci, mám problém se svěřovat cizím lidem. Hledám očividně důvody, proč se neléčit. To je samozřejmě špatně. Takže tuto otázku nechám otevřenou. Pravda je, že si umím představit život bez přejídání a zvracení. Věřím, že je možný se bulimie zbavit v tomto směru. Čemu nevěřím je, že se může člověk zbavit bulimie ve své hlavě. Opravdu nevěřím, že přijde den, kdy mi bude jedno, zda po tomto jídle přiberu, kolik vážím, jestli nejím moc atd. Ať jsem prožívala jakékoli období, dokonce i ta, kdy jsem více méně neřešila, že přibírám. Ve všech těch obdobích jsem myslela na jídlo a na to, jestli ho jíst nebo ne. Rozdíl byl pouze v tom, že jsem někdy byla schopná to hodit za hlavu a přestat to řešit. Ale nikdy se mi nestalo, že bych začala jíst a hlavou by mi neprojela myšlenka: „Dělám dobře? Nepřiberu? Kolik to má asi kalorií?“ A to je ten způsob myšlení, který se podle mě vyléčit nedá. Je to samozřejmě jen můj osobní pocit. Nejsem tedy schopná odpovědět. Snad Bůh dá, dostanu rozum a jednou se bulimie zbavím jednou pro vždy. Snad jo'' ztiší hlas.

V: Co bys doporučila dívkám, které se potýkají se stravovací poruchou?

I: „Aby se nenechaly strhnout. Dneska je to hrozně módní být štíhlý. Stačí se podívat na televizi, každá modelka tam vypráví, jak nejí, protože je přeci modelka. Pak jsou ty, co vypráví, že hrozně jí, ale člověk se na ně podívá a je mu jasný, že to je blábol. A kdo by nechtěl vypadat jako ty hezké holky? Já teda jo, to přiznám. V médiích denně narážím na články o nějaké modelce, herečce, kde se píše, jak je dokonalá a má luxusní tělo. Kolik těch holek takového těla dosáhne zdravým životním stylem? To je samozřejmě otázka spíš na ně. Ale všechny ty vychvalované ženy jsou hodně hubené. Nenarazila jsem na článek, kde by se psalo : „Ta má krásné tělo'' a byl by tam obrázek ženy s pár kily na víc. Vždycky to jsou dokonalé modelky, s mírami 90-60-90.

Potom čtu články o jiných modelkách, které přiznají, že trpí anorexií a uvnitř článku je kritizují, protože jsou příliš vyhublé. O měsíc později ty samé holky přiberou a jsou na ně komentáře typu: „Už je zase krev a mlíko.'' To musí každou takto poznamenanou holku ranit. Mezi lidmi s poruchou příjmu potravy je označení ''krev a mlíko'' jako facka do obličeje. Rozhodně to není lichotka. Nevěřím, že by to nějaká takto nemocná holka brala jako pochvalu. Tak to je přeci zvrácené. Nebo jsem si sama všimla, že nějakou modelku vychvalovali v médiích, jak má krásné tělo a nemá ani gram tuku. Týden na to jinou modelku, která byla úplně stejně vyhublá, plísnilo za to, jak je nezdravě vyhublá. Toto bylo na internetu zhruba dva měsíce zpátky v jednom a tom samém deníku. Články tohoto typu čtu poměrně často a pamatuji si je, proto mi tyto

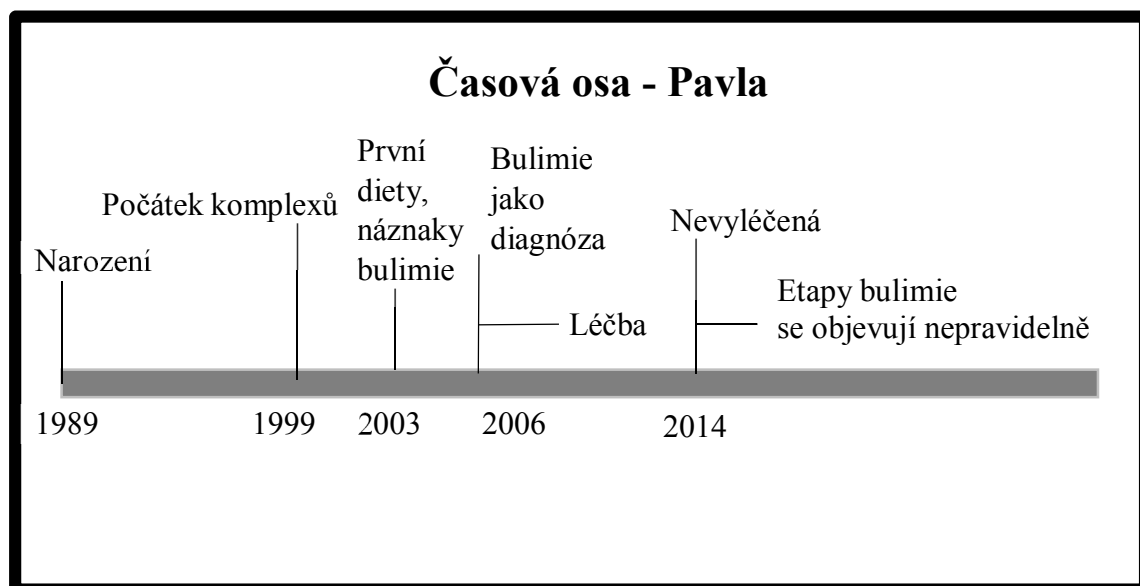
paradoxy neuniknou. Tyhle články píšou hlupáci, co si ani nevidí do pusy. Tohle se nesmí číst. Vypnout tu televizi, kde vychvalují vychrtlou holku. Za sebe radím i nedívat se na soutěže jako je Miss apod. Mně rozhodně takové pořady moc nepřidaly. Poměřovala jsem se s těma holkama, porovnávala, o kolik vážím víc atd. Takže nemocným dívkám bych poradila, aby se pokusily ignorovat tyhle články a pořady, které je vedou na scestí. Všechny posměváčky, kteří mají poznámky k jejich váze, ať pošlou do patřičných míst. Ať se neomezují příliš v jídle, občas si dopřejí dobrotu, kterou mají rády. Důležité je jíst, jíst s mírou, ale jíst. Nenechat jídlo ať převezme kontrolu nad jejich životem. Shozená kila štěstí nepřinesou. Někdy bych byla ráda, abych se těmito slovy mohla řídit i já. Já to vše sama moc dobře vím, ale už mám moc pokroucené myšlení. Třeba můj přítel mi pořád říká, jak jsem krásná a hlavně ať nehubnu. Takový chlap je vždy štěstí, protože to ženská potřebuje slyšet. Ale už jsem příliš ovlivněná tím vším hubnutím a blbnutím, abych si to dokázala zcela uvědomit a jednou pro vždy neřešit, kolik vážím. Takže je ode mě asi nevhodné radit ostatním. Snad můžu jen doufat, že je to nepotká. A pokud ano, že se dokáže uzdravit.''

V: Chtěla bys zdůraznit ještě nějakou oblast, o které jsme se nebavily?

I: Myslím, že jsem zmínila vše, co jsem chtěla.

V: Já Ti děkuji za otevřenou zповěď.

Časová osa č. 1 - Pavla



Časová osa vytvořena na základě informací z interview s Pavlou

Interview č. 2

Přepis rozhovoru uskutečněný s Monikou na téma mentální anorexie.

Dne 22. 3. 2014, sobota, Monika, 17 let, studentka střední školy, svobodná, české občanství

Čas začátku rozhovoru 12.40, čas konce rozhovoru 13.50

V = výzkumník, I = informant

V: Diktafon je zapnutý, souhlasíš, abychom začaly?

I: „Jasně.“

V: Mohla bys nejprve říct, která porucha příjmu potravy se u Tebe projevuje, a poté popsat, jak to celé začalo?

I: „Takže měla jsem anorexii, střídavě mám bulimii a náznaky byly už někdy v jedenácti letech. To si totiž pamatuju, že jsem přestala jíst a drželo se mě to asi měsíc. Prostě jsem si dala třeba jedno kiwi a celej den jsem nejedla. No a za ten měsíc jsem zhubla nějak i dost a matku to začalo hrozně vytáčet, že nejím. Nebyla jsem totiž tlustá, takže to zhubnutí bylo asi poznat. Nepamatuju si, kolik jsem zhubla, ani kolik jsem vážila. Nešlo mi o to zhubnout, že bych byla tlustá nebo tak. No a tak si toho teda matka všimla a začala mě hlídat a nutit do jídla. Třeba si za mě stoupla a čekala, dokud nesním celou porci. Tak jsem to musela sníst a bylo mi z toho úplně špatně. Vzala talíř a odešla pryč. A takhle to dělala asi tři dny a potom už mě to tak rozčilovalo, že jsem začala jíst normálně, aby mi dala pokoj. Já ani nevím, proč jsem přestala jíst. Nepřipadala jsem si tlustá, ale viděla jsem v televizi něco o chlapovi, který drží hladovku a vůbec nejí. Hrozně mě zajímalo, jak dlouho se to dá vydržet nejíst. Tak ale bylo mi i špatně kolikrát, tak jsem si dala třeba hroznový víno nebo něco, když se mi dělalo hodně zle. Rodiče jsou rozvedení a já jsem asi chtěla na sebe upoutat i pozornost tenkrát, protože si mě matka vůbec nevšímal. Pořád jen byla v práci. Ale pak mě začala hlídat a to už mě ten její zájem přestal bavit a začala jsem zase jíst no.“

V: Co se dělo potom?

I: „No potom to bylo všechno docela v klidu. Až prostě jednou jsem se na sebe ve sprše podívala a řekla si „Proboha vždyť jsem tlustá!“ zdůrazní. Nikdy jsem se nezabývala vahou ani moc vzhledem, ale najednou to bylo – pocit nedokonalosti, nenávisti vůči sobě samé, přišly i deprese a sebepoškozování. Možná jsem zase jen chtěla upoutat pozornost. Nemám přátele, rodiče spolu nejsou, takže tátu vůbec nevidím a máma ta na mě nikdy neměla čas. Určitě to nebylo tím, že bych četla nějaký časopisy s hubenejma holkama a byla tím ovlivněná. Spíš šlo o psychický problém, než ovlivnění těmi novodobými ideály. Takže jsem prostě zase přestala jíst, ale tentokrát jsem ze sebe byla totálně zhnusená. Koukala jsem na sebe do zrcadla pořád a jen

sledovala špeky, strie, celulitidu. Bylo mi špatně z toho, co vidím. Nemohla jsem takhle vypadat, to ani náhodou. Tak jsem si řekla, že se přestanu cpát a začnu držet dietu. Ale pořádnou, aby ty kila šly rychle pryč. Vzala jsem si blok, napsala si datum a nadepsala to NOVÝ ŽIVOT. Do toho deníčku jsem si vždycky zapisovala, co jsem snědla za ten den. Nejdřív jsem začala vyhazovat svačiny ve škole, potom jsem přestala chodit na obědy a byla jsem na sebe hrdá, za každý vynechaný oběd, doma jsem si vždycky vymýšlela, co bylo k obědu. Když zjistila matka, že obědy nejím, že jí každý den lžu, tak jsem si to vždycky šla do jídelny zjistit, protože mě pořád kontrolovala. V tu dobu jsem byla schopná vypít kakao denně a občas něco k večeři, začala jsem vynechávat i snídani, jediný dny, kdy jsem jedla, byl víkend, kdy máma vařila společný obědy, který jsem sníst musela. Denní můj zájem byl ukládat si fotky vychrtlých dokonalých holek, ze stránek jako THINSPIRATION – kde, všichni nejedli tak nějak dohromady, a podporovaly se navzájem, kdo toho za den méně sní. Pamatuju si, že pak už zápis jídla v deníku byl třeba: rohlík, banán, jogurt. Potom za týden už jen: banán, jogurt. No a nakonec tam nebylo vůbec nic a tak jsem byla nejspokojenější. Vždycky, když jsem nevydržela a dala si třeba ten jogurt, tak jsem byla strašně naštvaná a nenáviděla jsem se. Stoupla jsem si před zrcadlo a znova se začala kontrolovat a říkat si, jak se ten jogurt ukládá a jak jsem nechutná, že nedokážu ani nejíst. To jsem pak většinou šáhla po nůžkách na manikúru a škrábala si ruku. Nevím, proč jsem to dělala, ale uklidnilo mě to prostě.”

V: Pamatuješ si, kdy se tohle zhruba odehrálo? Kolik Ti bylo let?

I: „Ještě to bylo na základce a myslím, že asi čerstvých čtrnáct mi mohlo být. Určitě! (zvýší hlas) Protože si pamatuju, že čtrnáctky (čtrnácté narozeniny) jsem vůbec nechtěla slavit, protože matka chtěla udělat dort a kdesi cosi. To jsme se šíleně pohádaly, protože jsem jí řekla, že to jíst nebudu ani omylem, at' si to sní sama.”

V: Takže jsi chtěla přestat úplně jíst?

I: „To teda chtěla a taky se mi to povedlo. Zhruba měsíc šla moje váha rapidně dolů, to byla anorexie v plném slova smyslu. Bylo to kolem velikonočních svátků. Nejedly jsem vůbec nic, a když mi bylo špatně, na omdlení, dala jsem si třeba jeden piškot, nebo jeden dílek mandarinky. Taky mi začaly trčet kosti, hlavně ta pánevní. Džíny mi byly velký, trička a všechno prostě. A to bylo úplně super. Začala jsem se sobě líbit. Přišlo mi to sexy, jak mi trčej někde kosti, nebo jak mám vcuclý břicho. Fakt se mi to líbilo dost. Ale nebavilo mě, jak se mě třeba ve škole ptali: „A nezhubla si? Proč nejíš?” To mě fakt otravovalo děsně. Nechtěla jsem totiž chodit ve škole na obědy s holkama, protože jsem nesnesla ten pohled, jak se cpou. Říkala jsem, že mi máma vaří doma, že má dovolenou, pak zase, že je nemocná. Prostě jsem vymýšlela, proč nejdu na oběd. Tělo jsem si radši zakrývala, aby se nikdo neptal. Takže jsem chodila hodně v mikínách

a to docela pomohlo. Taky mi byla furt zima, takže to mělo i víc výhod no. Chodila jsem tak i doma, v mikině a teplákách. Matka si vůbec nevšimla, že jsem zhubla. Pak až jednou jsem zrovna šla ven z vany a ona vešla do koupelny. Vůbec jsem ji neslyšela a nestihla jsem se oblíct. Podívala se na mě a začala hrozně hysterčit, že jsem jako kost a jak je to vůbec možný atd. Začala mi vyhrožovat návštěvou psychologa, doktorů. Tak jsem před ní musela opět jíst. Měla jsem ale výčitky z každé kalorie. No a tak se moje anorexie změnila v bulimii, přejídala jsem se způsobem, na který moje tělo nebylo zvyklé, a začala zase nabírat. Hlavně teda proto, že mě nutila do jídla a já z toho měla hrozný výčitky. Nej dřív jsem to jídlo před ní snědla a pak běžela do koupelny zvracet. No ale postupně už jsem i měla hrozný chuť úplně na všechno a přecpávala jsem se. ''

V: Vzpomeneš si, kolik jsi vážila v té době, co jsi zhubla?

I: „Vážila jsem 44 kilo a měřím 172 cm. Pěkná váha ale, co bych za to dala mít jí i teď. Teď vážím 58 a je to úplně odporný. Nesnáším svoje tělo. Je to hnus se na sebe jen podívat do zrcadla. Nejradši bych vzala nůžky a odstříhla si špeky. Nenávidím i svůj obličej, každou pihu. Nejvíce svoje stehna, obrovský břicho, tlustý paže, lýtky, naducaný tváře. Fakt příšerný. Chtěla bych zase zhubnout, ale teď mě pro změnu pořád matka hlídá a převažuje mě. To jsou to už tři roky, co jsem vážila těch 44. A furt prostě. Přijde z práce domů a já musím na váhu. Jen někdy na to zapomenou, ale stejně mě váží tak třikrát týdně. Nechápu, proč si už nedá pokoj s tím. Přitom asi je jasný, že jím, když vypadám jako oteklý prase. ''

V: Říkáš, že se ti anorexie proměnila v bulimii. Jak jsi na tom tedy teď s jídlem?

I: „Už teda jím, ale za každou kalorii se trestám sportem. Jídlo nesnáším ale. Štve mě to, že musím jíst. Jídlo si ze zásady nekupuji, jím jen, co je doma. Vyhýbám se všem oslavám, fastfoodům a návštěvám u babičky. Snažím se vyhybat sladkostem, tučným a smaženým jídlům, ale někdy mě prostě přepadne záchvat žravosti a neovládnu se. To se stane třeba jednou týdně no. To bych se ze sebe vždycky pak pozvracela. Teda psychicky myslím. I když to vyzvracím, tak nemám vůbec pocit klidu, že neztloustnu, ale pořád počítám, kolik toho všeho bylo, a nadávám si, že jsem to musela všechno spást. ''

V: Zmiňovala jsi, že jsi měla problém se sebepoškozováním a depresemi. Jak je to teď?

I: „Depky mám teda pořád. Hlavně z jídla a ze svého těla, prostě mě to rozčiluje, že jsem musela přibrat a že už nejsem tak hubená jako předtím. Vzpomínám na ty časy a chci je zpátky. Takže tady se nic nezměnilo. Pořád myslím na jídlo, jsem posedlá štíhlostí. Když třeba vidím někoho hubenýho v televizi, tak o to horší pocity mám, protože já taková nejsem. Nemůžu vydržet, když někdo kolem mě jí. Hrozně mi to vadí a nedokážu se na to ani koukat. Myslím furt na jídlo, ale když se mám najíst, tak ho zase strašně nesnáším a jíst vůbec nechci. To je fakt zvláštní. A ještě

to sebepoškozování teda. Tak to už nedělám. To jsem dělala spíš předtím na začátku, když jsem vůbec nejedla a pak si dala něco málo. Tak jsem se jako potrestala, ale teď ne. Přešlo to no."

V: Postoj ke svému tělu je tedy u Tebe velmi negativní, pravda?

I: „Nenávidím svoje tělo (řečeno velmi důrazně). Myslím, že hmotnost je rozhodující a já mám strašně tlusté břicho i přes relativně nízkou hmotnost na mou výšku. Jak bych se asi mohla někomu líbit s takovým břichem? Nebo s tím naducaným obličejem? To je přece strašný. Ani bych za nic na světě nechtěla kluka, protože by viděl, jak jsem hrozná. Prostě nemám svoje tělo ráda. Kdybych zhubla, tak by to bylo jiný, ale takhle si nemůžu pomoci. Tenkrát když jsem byla hubená, tak mě to bavilo se na sebe koukat a byla jsem docela i spokojená konečně."

V: Jak ovlivnily problémy s jídlem Tvé vztahy s okolím?

I: „No když jsem zhubla v těch čtrnácti, tak jsem byla pořád hnusná na všechny. Podrážděná, všechno mě vytočilo, rozčílilo. Hlavně teda v rodině. S matkou se vztahy strašně zhoršily. Ono to nikdy nebylo nijak dobrý, ale pak to bylo ještě horší. Hlavně, když mě nutila do jídla a stála za mnou jako bachař. To prostě nenávidím do teď, když se nutí do jídla. Taký to její převažování a vyptávání, co jsem snědla. Na babičku jsem byla taky hnusná, protože jsem k ní úplně přestala chodit a ona se pořád vyptávala, proč, co se děje atd. Když jsem k ní už přišla, tak mi nutila všechno možný. Sladký, slaný. Zeptala se, kolik chci brambor a já řekla třeba dvě a ona mi nandala snad dvacet. To mě rozčilovalo hrozně. Pořád do mě hučela, že se ztrácím před očima, ať jím atd. Takže jsem na ni taky křičela. Teď k ní skoro nechodím no. Pořád mě totiž kontroluje, prohlíží si mě a chce, abych jedla. Když jí říkám, že jím, tak mi nevěří. Když říkám, že jsem přibrala a kolik vážím, tak mi taky nevěří. Tak to fakt nechápu, přitom matka jí to může potvrdit všechno. No a od přátel jsem se taky distancovala. Kámošky chtěly pořád chodit někam na diskotéky, nebo na jídlo. To vůbec. Jídlo nepřipadá v úvahu a na žádnou diskotéku bych nešla. Nechápu, co bych tam dělala. Po alkoholu se přibírá jako blázen, takže nepiju. Kluci mě nezajímají, možná až zhubnu, tak si nějakýho najdu, ale do té doby nemám zájem. Ještě jsem nikdy ani kluka neměla a vůbec mi to nechybí. Takže teď prostě většinu času trávím u sebe v pokoji. Jediný, co dělám je, že každý den po škole zajdu sem (do kavárny) a dám si kafe bez cukru s sebou, to miluju. Ale jinak jdu jen do školy a ze školy domů. Jsem takhle spokojená."

V: Nechybí Ti někdy přátelé, když čas trávíš převážně sama?

I: „Tak to fakt ne. Oni vůbec nechápu nic. Holky ze školy jsou totálně mimo prostě. Třeba o přestávkách chodí do bufetu a nacpou se bagetama, sladkým a vším možným. To jim nevadí, že jsou tlustý? To jim nevadí, že to má milion kalorií? No to prostě nepochopím. Takže to mi vůbec nevadí, že jsem pořád u sebe. Já si chatuju s dalšíma holkama, co mají třeba anorexii nebo bulimii, a pokecám s nimi. To mi i vyhovuje, protože ony alespoň chápou, co řeším i já."

V: Jak si se s takovými dívkami seznámila?

I: „Přes různý fóra diskuzní nebo hodně přes ty Pro-Ana blogy. Tam hodně chodím, znám už alespoň pět holek, co mají tyhle blogy. Píšeme si, povídáme třeba, co doma v rodině, atd. To je fajn, to mě baví.“

V: V čem vidíš příčinu svých problémů s jídlem?

I: „Nejsem se sebou prostě vůbec spokojená. Nelíbí se mi moje tělo. Kdybych byla štíhlá, tak by to bylo jiný. Asi jsem chtěla i trochu na sebe upozornit, aby si mě matka všímala. Nevím, no. Prostě nesnáším tloušťku, tlustý lidi atd. Není to pěkný, nikdo nemá rád tlustý lidi. Já taky ne a vadí mi, i když je někdo jen jako oplácanej, nebo nevím, jak to říct. Třeba jako já mám špekátý břicho nebo tak. To se mi nelíbí prostě. Naopak je hezký, když je holka krásně štíhlá, má vyrysovaný břicho, jsou jí vidět trochu ty kosti pánevní. To se mi hrozně líbí. Modelky jsou vzorem.“

V: Máš zkušenosti s léčbou svých obtíží?

I: „Ne, ne to vůbec. Nikdy jsem se léčit nechtěla, nikdy se chtít léčit ani nebudu. Nechci se uzdravit z vlastní vůle. Ted' i jím normálně, ale mám z toho jen výčitky a špatnou náladu. Já jsem byla spokojená, když jsem nejedla, byla jsem víc v pohodě a ted' jsem jen věčně naštvaná. Takže si přijdu víc nemocná, když jím, než, když jsem nejedla. Nejhorší je do jídla lidi nutit, jen se jim to víc znechutí. To mám přesně já. Jediný, co mě fakt baví, je třeba vaření a pečení. To je super. Vždycky mám pak chuť ochutnat, co jsem vytvořila. Ale to je jediný případ, kdy jím ráda.“

V: Z tvého vyprávění lze říct, že máš k anorexii kladný vztah. Je to tak?

I: „Tak ... (odmlčí se) Asi jo, mám ráda anorexii. A proč ne? Vždyť já byla šťastná, když jsem nejedla. Nevím no, nevnímám ty poruchy jako něco špatnýho. Teda bulimii jo, tu fakt nesnáším, protože to zvracení a přecpávání se je odporný. Já to беру prostě tak, že když jsem nejedla, tak jsem byla se sebou spokojená, líbilo se mi moje tělo, sice jsem byla náladová, ale to jsem pořád. A nevidím jediný mínus. Nic mi nebylo, když mi bylo špatně na omdlení, tak jsem si dala trochu okurky třeba a bylo mi zase dobře. Nechápu anorexii jako nepřítele, ale jako spojence. Ostatní holky to berou taky tak. Kdo by chtěl být tlustej přeci? Anorexie pomáhá v hubenosti. Jenže já ted' prostě jím, přibrala jsem, nejsem spokojená, jsem naštvaná, smutná, šťve mě každý sousto. Kdyby mě matka furt nepřevažovala a nehlídala, tak bych zase přestala jíst. Myslím teda. Jestli bych to vydržela. Je fakt, že mě někdy chytne ta žravost a to jsem předtím neměla vůbec.“

V: Použila si někdy například projímadla nebo něco podobného na snížení hmotnosti?

I: „Projímadla si někdy koupím. Hlavně, když mě chytne ten záchvat a přejím se. To sice jdu vyvracet, ale výčitky mám pořád. Takže skočím do lékárny a hotovo. Už jsem slyšela spoustu

řečí, jak projímadla se nemají brát, že jsou nebezpečný atd. Já jsem s tím nikdy problém neměla, taky je používám třeba čtyřikrát měsíčně. Nejsem na nich závislá, jako jiný holky, co znám třeba z internetu. Jinak jsem nic jiného nezkusila, ani nevím, co by se mohlo ještě zkusit popravdě. Prášky na hubnutí bych chtěla, ale jsou drahý hodně a to se mi nechce dávat. Znáám i holky, co jedí prášky na hubnutí, ale nevím. Nevěřím, že to nějak víc funguje. Hlavně matka je hodně brala kdysi a fakt nikdy nezhubla. Takže pochybuju, že to může fungovat. Spíš bych to brala jako "uklidnění", že něco dělám, abych zhubla..."

V: Co bys doporučila dívkám se stravovací poruchou?

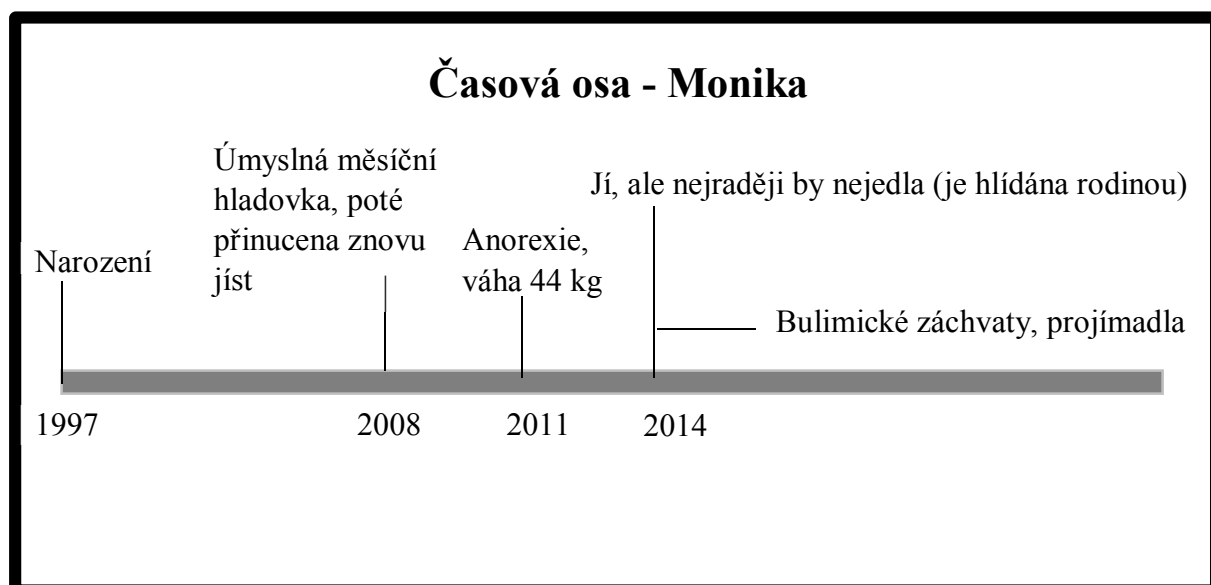
I: „Rady jako „navštívit psychologa“ mi přijdou zbytečné. Já sama bych se tím nikdy neřídila. Protože sama nejsem úplně v pořádku, nemám ostatním co poradit. Hlavně si myslím, že je to trochu jako s drogami. Vyléčený do toho může s jakoukoli horší náladou zase spadnout a nedá se to vyléčit nebo se toho zbavit navždycky. Vždycky ten člověk bude už jinej a přemýšlet jinak, než ostatní. To podle mě, ale každá holka s poruchou příjmu potravy sama dobře ví. Fakt nevím, co poradit.“

V: Chtěla bys zdůraznit ještě nějakou oblast, o které jsme se nebavily?

I: „Ne, už mě nic nenapadá. Asi je to všechno.“

V: Děkuji za Tvůj čas a ochotu.

Časová osa č. 2 - Monika



Časová osa vytvořena na základě informací z interview s Monikou